Coordonator: Asist. Drd. Tudor Gheorghe
Asistent Social: Gheorghiță Fănica
Consilier Juridic: Drd. Chiriloiu Victoria

VÂRSTA A III-A,

STRATEGII DE INTERVENȚIE

Editura Sfântul Ierarh Nicolae
BRĂILA
2010

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
TUDOR, GHEORGHE
Vârsta a III-a : strategii de intervenţie / asist. dr. Tudor Gheorghe (coord.), asist. social Gheorghiţă Fănica, consilier juridic drd. Chiriloiu Victoria. - Brăila : Editura Sfântul Ierarh Nicolae, 2010
Bibliogr.
ISBN 978-606-577-176-5

I. Gheorghiţă, Fănica
II. Chiriloiu, Victoria

612.67
613.98

CUPRINS

Capitolul 1: ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA 7
1.1. ÎNCEPUTURILE ASISTENȚEI SOCIALE 7
1.2. DUPĂ 1989 19
1.3. Reglementări metodologice privind protecția vârstnicului 31
Capitolul 2: VÂRSTA SENECTUȚII 58
2.1.Teorii privind îmbătrânirea 61
2.2. Senescența 68
2.2.1. Modificări 71
2.2.2. Aspecte privind deficiențele corelate cu bătrânețea 85
2.3. Moartea şi doliul 98
Capitolul 3: CĂMINUL PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE „SF. SPIRIDON" GALAȚI - STUDIU DE CAZ 107
3.1. Obiectivul lucrării 117
3.2. Metode şi tehnici de cercetare utilizate 118
3.2.1. SUBIECȚII. Portret de identitate socială, după schema unei anchete sociale 119
3.3. Desfăşurarea cercetării 132
3.3.1. Rezultatele obținute: manualul de proceduri 132
3.3.2. POSIBILĂ ALTERNATIVĂ LA REZIDENȚĂ: CREAREA UNEI AGENȚII SOCIALE 161
3.4. Concluziile cercetării 171
CAPITOLUL IV. STUDIU DE CAZ... INSTITUTIILE REZIDENȚIALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A VÂRSTNICILOR -ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII VIEȚII ÎN CĂMINUL PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE LACU- SĂRAT 177
IV.1. PREZENTARE GENERALĂ 177
IV. 2. MANAGEMENTUL ÎNBUNĂTĂȚIRII CALITĂȚII VIEȚII – STUDIU PRACTIC CONSTATATIV 179
CONCLUZII ŞI PROPUNERI 208
BIBLIOGRAFIE 212
Anexe…….219

Capitolul 1

ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA

1.1. ÎNCEPUTURILE ASISTENȚEI SOCIALE

Alături de multiplele mijloace pe care le are Biserica de a chema oamenii la o viață demnă, cinstită şi de a avea credința în Dumnezeu, se înscriu, din cele mai vechi timpuri, diferite sisteme de sprijin moral şi material pentru cei aflați în impas, pentru copiii orfani, pentru bolnavii cu anumite deficiențe fizice şi psihice, pentru alte categorii de oameni, care la un moment dat necesită ocrotire socială, astfel ca, într-un timp cât se poate de scurt, aceştia să fie redați societății. Mijlocul principal de care s-a servit şi se foloseşte Biserica pentru ocrotirea socială a anumitor categorii de oameni este tot cel reprezentat de latura divină, în sensul că Biserica s-a preocupat şi de nevoile materiale ale credincioşilor, privite prin prisma obiectivului religios pe care îl urmăreşte.[1]

Se ştie că primele forme prin care a acționat Biserica pentru ocrotirea celor oropsiți au fost comunitățile bisericeşti cu proprietate de obşte, comunitățile bisericeşti sub forma colegiilor, corporațiilor

[1] Răşcanu Ruxandra, *Psihologie medicală şi Asistență socială,* Ed. Ştiințifică şi tehnică, Bucureşti, 1997, p.7.

sau asociații admise de legi şi de comunități fără proprietate de obşte, care au o rețea de societăți religioase şi instituții de asistență socială. Este evident că nici asistența individuală (neorganizată într-un sistem) nu a lipsit în nici o vreme din Biserică. Instituțiile de asistență socială se înfiripă încă din anul 300, de pe timpul lui Constantin cel Mare; ele şi-au desfăşurat acțiunile într-un cadru religios şi cu scop religios şi social. În funcție de dovezile păstrate, principalele instituții de asistență socială în Biserica veche au fost Brefotrofiile (leagăne de copii mici, părăsiți sau găsiți), Partenocomiile (case de adăpost pentru fecioare), Ghirocomiile (azile pentru văduve), Orfanotrofiile (orfelinatele) etc.

Din documentele istorice, religioase şi juridice, precum şi mărturiile cuprinse în acestea, rezultă că Biserica a sprijinit din cele mai vechi timpuri familiile sărace, copiii orfani, copiii abandonați şi bătrânii bolnavi, asigurându-le îngrijire, şcolarizare şi însuşirea cultului bisericesc, în vederea redării acestora societății. O societate religioasă, despre care nu există documente sigure decât în Biserica Alexandriei, a fost „Parabolanii" care, de fapt, a fost o societate de asistență socială.

De altfel, toate societățile religioase au împletit în mod armonios acțiunile de asistență socială şi caritate cu contribuția lor deosebit de importantă la consolidarea şi răspândirea creştinismului

în lumea veche. Creştinismul, dă asistentei sociale forma unor acțiuni cu caracter religios. Până în secolul al XVI-lea, majoritatea acțiunilor de ajutorare a diferitelor categorii de deficienți, se făcea în cadrul mânăstirilor. Pe lângă unele mânăstiri au început să se organizeze *bolnițe* care erau aziluri pentru bolnavii săraci, pentru invalizi şi în general, pentru bătrânii săraci şi cerşetori.

În țara noastră, cele mai vechi aşezări de asistență apar sub denumirea de "calicii". Astfel de aşezări sunt înființate de Negru Vodă în secolul al XVI-lea la Bucureşti, în mlaştina Dâmboviței, sub dealul Mitropoliei. Asistații primeau ajutoare de la Domnie, din încasările vamale, din taxele de divorț şi din "cutia milelor". Totul se mărginea la ajutorarea săracilor, pe seama caritații publice şi mai ales a mânăstirilor. Până la Regulamentul Organic (1831)[2] măsurile de ordin general pe linie de asistență socială, au constat în aplicarea celor câteva precepte conținute în pravile. Nu exista nici o organizație de asistență socială de stat. Chiar protecția mamei şi a copilului începe prin organizații religioase.[3]

Pe lângă "Fundația Colțea", care a fost întemeiată de Spătarul Mihai Cantacuzino şi de Clucerul Colțea, a fost construită - la începutul secolului al XVIII-lea (1704) - o mânăstire şi primul spital

[2] Primul document oficial care stabileşte o reglementare a instituțiilor de asistență socială .
[3] FI. Mănoiu şi V. Iepuran, 1992, apud, Răşcanu Ruxandra, op.cit., p.9.

din țara românească, cu o capacitate de 24 paturi. Pe lângă mânăstire s-au clădit chilii pentru săraci şi bătrâni bolnavi, care erau îngrijiți prin strădania Fundației Colțea.

În anul 1775, Alexandru Ipsilante, unul dintre fanarioții cei mai cu inimă pentru Țara Românească, înființează instituția cu caracter umanitar "Cutia milelor". Veniturile se strângeau din dări şi unele cote benevole de participare a populației către biserici şi serveau pentru ajutorarea copiilor săraci. În anul 1780 se înființează în Muntenia "Epitropia Obştei". În timpul domniei lui Mihail Şuțu, care printre alte atribuții se ocupa şi de ajutorarea săracilor, Epitropia se ocupa de serviciul medicilor şi de orfanoterapie. În anul 1793 se creează postul de medic şef al oraşului, care avea ca principală preocupare îngrijirea gratuită a bolnavilor săraci.

În capitolul 8 al Regulamentului Organic al Valahiei (1830) se stabileşte o reglementare a unităților de asistență socială existente la acea dată: Institutul copiilor sărmani, Casa de ajutorare a săracilor etc., care erau sprijinite de Biserică prin logofătul bisericesc. În anul 1864, generalul Kiseleff înființează "Eforia caselor făcătoare de bine şi folos obştesc" în subordinea Departamentului bisericesc. Sub egida Eforiei funcționa Casa copiilor sărmani, unde copiii se creşteau cu doici şi personal medical de specialitate. La Schitul Malamuku, județul Ilfov, exista o unitate de asistență socială în care

veneau cerşetorii incapabili de a munci. Aici li se asigura casă, masă, îmbrăcăminte şi asistenţă medicală.

În anul 1862, Doamna Elena Cuza împreună cu organele bisericeşti, contribuie la zidirea unui aşezământ de fete orfane "Azilul Elena Doamna", situat lângă Palatul Cotroceni din Bucureşti, cu o capacitate de 100 locuri. În următorii 3-4 ani creşte capacitatea de cazare a acestui aşezământ social, ajungând la 400 locuri. Azilul "Elena Doamna" avea preocupări complexe, privind creşterea şi pregătirea acestor fete sărace, orfane şi fără sprijin. În acest azil exista o şcoală primară şi mai multe ateliere şcolare în care se instruiau fetele asistate şi care la vârsta de 16-18 ani erau repartizate să lucreze în anumite unităţi sau familii cu posibilităţi materiale bune.

Între primul şi al doilea război mondial, ca urmare a distrugerilor provocate, problemele de asistenţă socială s-au amplificat. Starea de pauperizare a locuitorilor a crescut, bolnavii s-au înmulţit, mulţi copii au pus probleme de îngrijire specială, au apărut cerşetori şi vagabonzi în număr mare şi toate aceste carenţe sociale au necesitat o deosebită atenţie pentru înlăturarea lor. Primul recensământ în domeniul problemelor de asistenţă socială în România s-a făcut la începutul anului 1936, ceea ce a dat posibilitatea să se acţioneze mai intens şi mai organizat asupra sectoarelor asistentei sociale rămase în urmă. Prin acest recensământ au fost identificate 521 unităţi de asistenţă socială, din care: 50 unităţi de stat

şi 471 asociaţii particulare. Cu toate că numărul acestor unităţi pare a fi destul de mare, ele nu puteau cuprinde decât un număr redus de asistaţi, deoarece aceste asociaţii particulare nu aveau decât o capacitate foarte mică, de numai 4-5 persoane.

Societăţile de binefacere din perioada respectivă (1930-1936) erau organizate în scopul de a participa la opera de ocrotire naţională şi la munca de asistenţă socială. Aceste asociaţii aveau ca prevederi în statutul lor de funcţionare: ocrotirea mamei şi a noului născut, ocrotirea copiilor mici, ocrotirea tineretului, asistenta familiei dependente, asistenţa copiilor părăsiţi, asistenta deficienţilor fizici şi morali, combaterea bolilor sociale şi organizarea societăţilor de patronaj. Aceste societăţi de binefacere aveau fixate atribuţiile printr-un statut aprobat de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirii Sociale. Proiectele de buget ale acestor organizaţii particulare de ocrotire erau subvenţionate de stat, cu un fond de până la 20% - totalul veniturilor realizate prin mijloace proprii de către organizaţia (societatea) respectivă. Societăţile de binefacere, indiferent de profil, funcţionau din fondurile proprii, subvenţii şi cotizaţii sau donaţii de la membrii lor, neputând face apel la contribuţia benevolă a publicului. Organizaţiile de binefacere de stat şi particulare au avut la bază în desfăşurarea activităţilor lor asistenţa socială privită ca o operă complexă de studii, anchete şi operă socială constructivă; cel mai

important factor urmărit nefiind ajutorul material, ci o operă de educație socială.

Primele începuturi de organizare a asistenței sociale, pe bază de lege în România, s-au făcut în anul 1831 prin Regulamentul Organic, dar abia în 1881 se înființează la Primăria Capitalei un serviciu de asistență socială. Potrivit noilor reglementări se organizează un serviciu al copiilor găsiți, continuându-se procedura de mai înainte, adică de a se repartiza copiii găsiți şi orfani la doici şi mame crescătoare. În anul 1901 se înființează Azilul de copii sugari din str. Buzeşti, nr. 68, din Bucureşti, instituție care a fost donată Primăriei Municipiului Bucureşti de către Ghiță şi Eliza Cantacuzino. În anul 1905 este înființat orfelinatul pentru fete şi copii găsiți, în str. Barbu Catargi, nr. 3 din Bucureşti. Acest orfelinat se dezvoltă şi, în anul 1917, capacitatea lui ajunge la 50 locuri pentru fete, dintre care cele cu aptitudini au fost îndrumate la şcolile secundare, iar altă parte au fost pregătite pentru gospodărie. În anul 1918, în cadrul orfelinatului se înființează o şcoală primară. În jurul anului 1910 se organizează tot pe lângă Primăria Capitalei - o grădiniță de copii asistați în vârstă de 3-7 ani.

În perioada 1910-1920 cerşetorii şi vagabonzii se înmulțiseră foarte mult, invadând străzile şi amenințând ordinea. Primăria şi

Prefectura Capitalei au împuternicit pe prof. N. Minovici pentru a lua măsuri corespunzătoare pentru combaterea cerşetoriei şi a vagabondajului. Prin agenții ordinii publice se strâng cerşetorii şi vagabonzii, care ating cifra de cca, 13.000. Cei bolnavi sunt duşi la tratament, cei invalizi sunt internați în azile, iar cei valizi sunt repartizați în muncă. S-au organizat ateliere de lucru, o fermă agricolă şi o crescătorie de păsări la Băneasa, Profesorul N. Minovici organizează asistența socială pe baze ştiințifice, care a avut drept consecință scăderea parțială a numărului de cerşetori şi a celor care vagabondau. [4]

Din punct de vedere teoretic/metodologic, se afirmă începând cu anii 1920, Şcoala sociologică românească sub coordonarea şi organizarea profesorului Dimitrie Gusti, un mare savant de o excelentă formație enciclopedică. Ideea sa fundamentală a fost aceea a realizării unei sinteze sociologice a tuturor disciplinelor sociale particulare şi legarea teoreticului cu faptul real. Manifestările concrete ale vieții sociale – care sunt de natură socială, condiționate de o multitudine de constrângeri extrasociale, influențează viață socială şi prin urmare trebuie analizate şi folosite realizarea schimbării.[5]

[4] Răşcanu Ruxandra, op.cit., p.12-15;
[5] www.history-cluj.ro/SU/cercet/Stavarache/Monografia

Convinşi fiind că asistența, protecția şi prevederile sociale alcătuiesc un corp de preocupări socio-umane, cercetătorii Şcolii Româneşti de Sociologie din perioada interbelică ilustrează tradiția de cercetare în domeniul familiei şi al asistenței sociale. Perioada interbelică s-a caracterizat printr-o serie de fenomene sociale grave, care-şi puneau amprenta asupra nivelului de trai al familiilor şi anume: starea materială extrem de precară a numeroaselor familii, foametea, condițiile insalubre de locuit, morbiditate a crescută, ca şi o serie de boli cauzate nu de puține ori de lipsuri şi mizerie, mortalitatea infantilă ridicată, delincvența etc.

În mod firesc şi uşor de înțeles se putea aprecia că asemenea fenomene sociale grave prin amploarea lor, nu puteau fi rezolvate numai prin acțiuni filantropice izvorâte din sentimentele de caritate ale unor persoane particulare şi, cu atât mai puțin, nu puteau fi eradicate la scara întregii societăți româneşti.

În viziunea "şcolii sociologice de la Bucureşti", a fondatorului ei, profesorul Dimitrie Gusti aceste fenomene trebuiau circumscrise şi studiate printr-o "asistență socială ştiințifică", studii de drept şi de sociologie. Potrivit concepției profesorului Gusti, asistența socială ştiințifică, pe care o concepea ca o ramură sociologică specializată, avea scopul explicit de a formula o politică socială specială menită să rezolve fenomenele de deviantă socială, şi care trebuia să

răspundă următoarelor deziderate:

1. Să permită cunoaşterea prin intermediul monografiilor sociologice a problemelor sociale de genul: familii dezorganizate, vagabonzii, prostituția, minori delincvenți, infractori etc.

2. Să elaboreze tehnici de intervenție directă, individualizate (de la caz la caz) în problemele sociale menționate şi prin aceasta, să realizeze "asistență socială deschisă."

Tehnica "asistentei sociale deschise" facilita atât cunoaşterea obiectivă a mediului social care determină aceste fenomene, depistarea cauzelor ce le declanşau, cât şi rezolvarea acestora prin măsuri de încadrare în muncă şi grup social. Toate aceste acțiuni urmau a fi realizate cu un personal tehnic specializat, fapt pentru care, în anul 1929 sub egida Institutului Social Român s-a înființat Şcoala Superioară de Asistență Socială "PRINCIPESA ILEANA". Şcoala a funcționat sub conducerea Veturiei Manuilă[6] şi, ulterior, a Xeniei Costa-Forul[7], două dintre colaboratoarele cele mai apreciate de profesorul D. Gusti. În corpul profesoral au fost antrenați specialişti de renume în domeniile: sociologie, psihologie, tehnicilor de investigație socială, statistică şi contabilitate,

[6] Veturia Manuilă – licențiată în ştiințe şi specializată în asistență socială la Universiateta Johns Hopkins, Baltimore, S.U.A. apud Răşcanu Ruxadra, op. Cit., p.191

[7] Xenia Costa-Foru – licențiată în drept şi psihologie, doctor în sociologie, specializată în Asistență Socială la Universitatea din Chicago şi New York, S.U.A- apud, Răşcanu Ruxadra, op. Cit p.191

legislație, urbanism, medicină etc., printre care Henri H. Stahl, Mircea Vulcănescu, Francisc Rainer, Emanuil Bucura, Traian Herseni, dr. G. Banu, dr. Alice Voinescu, dr. N. Romanescu etc.

Şcoala Sociologică de la Bucureşti a conceput mişcarea pentru studiul şi practica asistenței sociale, ca o acțiune complexă, îndreptată spre cunoaşterea celor mai specifice probleme sociale ale timpului: familii paupere, şomaj, dezorganizare familială vagabondaj, prostituție, delincvență. Au mai fost organizate centre experimentale în Bucureşti, în cadrul Spitalului Colțea, la Tribunalul de Minori, Închisoarea Văcăreşti, Spitalul Central de Boli Nervoase, Spitalul Filantropia, precum şi în Braşov, Cluj, Timişoara, Sibiu, Craiova.

Date semnificative privind activitatea complexă desfăşurată de Şcoala de Asistență Socială ne furnizează Xenia Costa-Foru, membră a Seminarului de Sociologie, specializată în problemele familiei. Sunt demne de reținut: înființarea în 1936 a "Asociației pentru progresul asistenței sociale" (A.P.A.S.), organizarea în 1938 a primului congres al asistentelor sociale din România şi elaborarea volumului "L' Assistance sociale en Roumanie", pregătit în vederea participării la expoziția de la Paris din acel an.

Începând cu anul 1923 apar pentru prima dată în România

legi clare privind organizarea şi desfăşurarea activităţii de asistenţă socială. Din anul 1923 până în anul 1943, problemele de asistenţă socială au fost reglementate prin Ministerul Sănătăţii Publice, Muncii şi Ocrotirii Sociale înfiinţat prin Decretul-Lege nr. 189 din 19 noiembrie 1942. Timp de 20 de ani, problemele de sănătate, ocrotire şi asistenţă socială au fost reglementate prin acest minister, indiferent că se numea Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirii Sociale sau Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirii Sociale.

În anul 1947 Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirii Sociale se scindează, înfiinţându-se separat Ministerul Sănătăţii şi separat Ministerul Muncii, Asistenţei şi Asigurărilor Sociale. În anul 1948 problemele de muncă şi asistenţă socială trec în organizarea Ministerului Muncii şi Prevederilor Sociale.

În anul 1951 s-a organizat Institutul de Expertiză Medicală a Capacităţii de muncă şi Protezare, care ulterior s-a numit "Institutul de Expertiză Medicală şi Recuperarea Capacităţii de Muncă" (denumire sub care funcţionează şi în prezent). Tot în anul 1951 s-a înfiinţat şi Institutul de Geriatrie. În anul 1953 se produc unele contopiri ale unor direcţii din minister; în anul 1955, Direcţia Învăţământului Profesional Special şi Ocrotirilor Sociale se scindează în două direcţii, iar în anul 1956 se reunesc direcţiile respective.

În anul 1957, Ministerul Prevederilor Sociale se desființează şi se înființează Ministerul Sănătății şi Prevederilor Sociale cu o nouă structură. Conform HCM nr. 226 în 23 februarie 1968, problemele de asistență socială trec de la Ministerul Sănătății la Ministerul Muncii.

Rețeaua de asistență socială ca acțiune în teritoriu a fost desființată în 1969, anulându-se sub formă definitivă posturile de specialitate, respectiv asistentele sociale cu studii superioare şi cu studii post-liceale de asistență socială. [8]

1.2. DUPĂ 1989

În anul 1990, prin Hotărârea Guvernului nr.962, se stabilesc atribuțiile şi modul de organizare a Ministerului Muncii şi Protecției Sociale. În domeniul asistenței sociale, ministerul are atribuții privind: ocrotirea socială a minorilor şi persoanelor cu handicap, pentru sprijinirea integrării lor sociale şi profesionale; protecția socială a grupurilor sau a persoanelor defavorizate; colaborarea cu organizațiile nonguvernamentale care au ca obiectiv protecția socială. La nivelul județelor şi municipiului Bucureşti, în cadrul direcțiilor de muncă s-au înființat oficii de asistență socială.

Prin Hotărârea Guvernului nr. 1161 din 1990 se înființează

[8] Răşcanu Ruxandra, op. cit., 33;

Secretariatul de Stat pentru Handicapați, structură independentă în subordine a Guvernului, care ulterior a trecut în structura Ministerului Sănătății şi Familiei. În anul 2003, prin Ordonanța nr. 14 a Guvernului, Secretariatul de Stat pentru Persoanele cu Handicap trece în subordinea Guvernului şi devine Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap.

Din anul 1990, o atenție deosebită se acordă protecției copilului. În acest scop se promulgă Legea nr. 11/1990 privind încuviințarea adopției, Legea nr. 48/1991 pentru completarea şi modificarea unor dispoziții legale privind înfierea şi Legea nr. 47/1993 cu privire la declararea judecătorească a abandonului.[9]

În această perioadă, prin Hotărârea Guvernului nr. 793/1992 privind organizarea şi funcționarea Ministerului Muncii şi Protecției Sociale, se înființează Direcția de Asistență Socială, compartiment învestit cu atribuții care să creeze un sistem național de asistență socială capabil să funcționeze după noi principii şi potrivit unei concepții moderne, după modelul țărilor europene cu experiență şi rezultate în acest domeniu.

Considerând copiii ca fiind o categorie socială dezavantajată în condițiile trecerii la economia de piață, s-a continuat aplicarea de

[9] Paşa Florin, Paşa Luminița Mihaela, *Asistența socială în România,* Ed. Polirom, Iaşi, 2004, p.24

măsuri în interesul acestora. Astfel, prin Hotărârea Guvernului nr. 103, în anul 1993 s-au înființat Comitetul Național pentru Protecția Copilului, organism guvernamental care a avut ca principală atribuție supravegherea aplicării Convenției ONU privind Drepturile Copilului, la care România a devenit parte, precum şi Comitetul Român pentru Adopții. Doi ani mai târziu, prin Hotărâre a Guvernului nr. 9721 / 1995 s-a adoptat Planul național de acțiune în favoarea copilului.[10]

Prin Hotărârea Guvernului nr. 16 din 31 ianuarie 1997, Comitetul Național pentru Protecția Copilului s-a reorganizat ca Departament în aparatul de lucru al Guvernului, iar prin Hotărârea Guvernului nr. 2051/1997 s-au înființat direcții județene pentru protecția copilului, în subordinea consiliilor județene, respectiv a consiliilor sectoarelor municipiului Bucureşti.

În anul 1999, prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 192 din 8 decembrie, a fost înființată Agenția Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului prin reorganizarea Departamentului din aparatul de lucru al Guvernului, iar prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 12/2001 agenția s-a reorganizat în Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului şi Adopții.

Prin Hotărârea Guvernului nr. 737 din 3 iulie 2003, Ministerul

[10] Ibidem, p.25

Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei a preluat în subordine Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului şi Adopție, precum şi Agenția Națională pentru Protecția Familiei, *devenind unic responsabil în domeniul asistenței sociale la nivel*

La nivelul administrației publice centrale şi locale nu a existat o înțelegere clară a responsabilităților stricte în domeniul asistenței sociale. Atribuția de inițiere şi promovare a politicilor sociale în asistența socială a revenit, în principal, Ministerului Muncii şi Solidarității Sociale, care, după elaborarea *Cărții albe a asistentei sociale* în anul 1993, a trecut la actualizarea cadrului juridic prin elaborarea de acte normative care să reglementeze dreptul şi modul de abordare a prestațiilor şi serviciilor de asistență socială. Asumarea acestei responsabilități a fost uneori blocată de dezvoltarea rapidă a numeroaselor organisme centrate pe diferite programe de asistență socială, plasate în afara Ministerului şi a serviciilor sale publice descentralizate.[11]

De asemenea, relația dintre organele centrale şi consiliile locale a rămas nedefinită, responsabilitățile locale fiind lipsite de instrumentul de coordonare şi de asistare financiară, instituțională şi tehnică. Această situație a condus la lipsă de autoritate în

[11] Ibidem, p.26-29

domeniu, precum şi la o responsabilitate diluată.

Ministerele cu atribuții de asistență socială au rămas cu răspunderea guvernamentală pe probleme majore. La aceasta se adaugă şi dispersarea programelor de asistență socială pe diverse organisme, cu numeroşi responsabili şi a căror activitate nu s-a putut monitoriza. Situația de fapt a consolidat, în timp, fragmentarea sistemului, lipsa de coerență, dublarea şi chiar triplarea activităților, imposibilitatea coordonării şi corelării acțiunilor, disiparea fondurilor alocate, ceea ce a condus la scăderea eficienței acțiunilor de asistență socială.

La aceasta se poate adăuga subfinanțarea asistentei sociale, ca procent în PIB, ceea ce a situat-o pe o poziție marginală față de celelalte domenii şi la mare distanță de nivelul înregistrat de celelalte țări europene în tranziție. Mai mult, şi valoarea alocațiilor şi a ajutoarelor s-a erodat în timp din cauza inflației, deşi ele au avut un rol important pentru segmentul sărac de populație, ajungând în anul 2003 aproximativ la mai puțin de o treime din valoarea din anul 1989.

De asemenea, sistemul de servicii sociale s-a dezvoltat greoi, cu distorsiuni, cu acțiuni sporadice şi eficiență minimă. De fapt, serviciile de asistență socială pentru persoanele aflate în dificultate s-au concentrat în cadrul instituțiilor de asistență socială finanțate din anul 1993 de la bugetele locale. Fenomenul instituționalizării s-a datorat inexistenței unui

sistem public de servicii de asistență socială pentru familie, în cadrul colectivităților. Astfel, lipsesc servicii de asistență socială pe tipuri grave de probleme, cum sunt: viața domestică, dependența de alcool şi de droguri, asistarea persoanelor fără adăpost. Prin programe, cu titlu de experiment (pilot), au fost create aceste servicii în general în sistem privat, dar total insuficiente în raport cu nevoile comunităților.

Dată fiind lipsa unui sistem de servicii de asistență socială acordate în familie şi comunitate, care să prevină, să trateze în faze incipiente, să reintegreze social, sistemul de asistență socială s-a dezvoltat între zidurile instituțiilor rezidențiale, care au preluat, pe un drum practic fără întoarcere, persoanele cu problemele sociale din familie şi comunitate.

Mai mult, se poate afirma că şi focalizarea acțiunilor de asistență socială a fost necorespunzătoare. Situația categoriilor de persoane aflate în dificultate - sărăcie extremă, excluziune şi marginalizare - a fost cea mai puțin acoperită, atât financiar, cât şi cu servicii sociale. Acest aspect a avut ca rezultat creşterea şi consolidarea unui segment de populație care trăieşte în condiții de sărăcie extremă şi excluziune socială.

Din anul 1997 s-a încercat promovarea unui proces de descentralizare, dar acesta a fost incoerent şi destul de confuz. Astfel, unele activități au fost descentralizate, iar altele nu, situație

care a condus la pierderea capacităților de monitorizare şi control. De regulă, acțiunile s-au desfăşurat la nivel județean, nivelul local fiind total ignorat, iar resursele financiare locale au fost mult sub cheltuielile stabilite în vederea realizării responsabilităților primite.

Pentru eliminarea acestor aspecte necorespunzătoare şi pentru a stabili că statul îşi asumă responsabilitatea de realizare a măsurilor de asistență socială prevăzute prin legi speciale şi asigură transferul atribuțiilor şi mijloacelor financiare necesare către autoritățile publice locale, serviciile publice descentralizate şi societatea civilă, din anul 1999 s-a trecut la elaborarea unei legi-cadru a asistenței sociale. Actul normativa fost definitivat prin adoptarea Legii nr. 705 privind sistemul național de asistență socială, în data de 18 decembrie 2001.

În anul 2008 această lege este abrogată şi promulgată **Legea nr. 47/2006 din 08/03/2006 privind sistemul național de asistență socială** (Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 239 din 16/03/2006). Această lege prevede organizarea şi funcționarea sistemului de asistență socială la nivel central şi la nivel local după cum urmează:

a)Administrația publică centrală

Ministerul Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei stabileşte strategia națională şi sectorială de dezvoltare în domeniul social, coordonează şi

monitorizează implementarea acestora, susține financiar şi tehnic programele sociale şi exercită controlul asupra acordării serviciilor sociale şi prestațiilor sociale. În elaborarea strategiei naționale şi sectoriale, Ministerul Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei se consultă cu autoritățile publice centrale şi locale care au responsabilități în finanțarea şi acordarea serviciilor sociale, precum şi cu reprezentanți ai societății civile cu activități în domeniu.

În domeniul protecției copilului, familiei şi a persoanelor cu handicap funcționează organe şi instituții de specialitate, organizate la nivel de autorități sau agenții naționale, subordonate Ministerului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei, înființate prin lege.

În vederea realizării rolului său în domeniul asistenței sociale, Ministerul Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei îndeplineşte următoarele **funcții**:

a) de autoritate de stat, prin care se asigură exercitarea controlului aplicării unitare şi respectării reglementărilor legale în domeniu; **b)** de strategie, prin care se stabilesc obiectivele şi direcțiile prioritare de dezvoltare a sistemului de asistență socială, în concordanță cu politicile sociale stabilite de Guvern; **c)** de reglementare, prin care se asigură elaborarea cadrului normativ şi instituțional necesar pentru realizarea obiectivelor strategice în domeniul asistenței sociale; **d)** de reprezentare, prin care se asigură,

în numele statului român, reprezentarea pe plan intern şi extern; **e)** de coordonare, prin care se asigură funcționarea unitară şi eficientă a sistemului de asistență socială; **f)** de armonizare, care asigură transpunerea reglementărilor Europene în legislația națională; **g)** de administrare, prin care se asigură gestionarea resurselor umane, materiale şi financiare, conform legii; **h)** de mediere socială, prin care se asigură soluționarea pe cale amiabilă a contestațiilor.

În domeniul asistenței sociale, Ministerul Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei îndeplineşte următoarele **atribuții principale**:

a) elaborează politici şi programe de dezvoltare unitară în domeniu; **b)** stabileşte obiectivele prioritare şi direcțiile de acțiune ale politicilor din domeniul asistenței sociale; **c)** elaborează proiecte de acte normative, norme metodologice şi alte reglementări privitoare la organizarea, funcționarea şi dezvoltarea sistemului de asistență socială; **d)** inițiază şi susține proiecte-pilot pentru implementarea programelor din domeniul asistenței sociale; **e)** monitorizează şi evaluează sistemul de servicii sociale şi prestații sociale; **f)** finanțează sau, după caz, finanțează în parteneriat programe din domeniul asistenței sociale; **g)** elaborează, propune şi monitorizează indicatorii sociali din domeniu; **h)** dezvoltă instrumente şi metodologii necesare asigurării calității serviciilor sociale; **i)** inițiază şi asigură participarea la programe de formare

profesională în domeniu; **j)** reglementează şi organizează un sistem unic şi coerent de acreditare în domeniul serviciilor sociale.

b) Administrația publică locală

Pentru asigurarea aplicării politicilor sociale în domeniul protecției copilului, familiei, persoanelor vârstnice, persoanelor cu handicap, precum şi altor persoane, grupuri sau comunități aflate în nevoie socială, autoritățile administrației publice locale înființează şi organizează servicii publice de asistență socială.

Consiliile județene înființează şi organizează, în subordinea lor, serviciul public de asistență socială, la nivel de direcție generală, cu următoarele atribuții principale:

a) elaborează şi implementează strategiile şi planurile de acțiune la nivel județean, în concordanță cu strategiile şi planurile naționale de acțiune în domeniu, precum şi cu programul propriu de dezvoltare comunitară; **b)** inițiază şi aplică măsuri de prevenire şi combatere a situațiilor de marginalizare şi excludere socială şi asigură soluționarea urgențelor sociale; **c)** coordonează înființarea, organizarea şi furnizarea serviciilor sociale, în concordanță cu nevoia socială identificată, asigurând o acoperire echitabilă a dezvoltării acestora pe întreg teritoriul județului, şi acordă sprijin financiar şi tehnic pentru susținerea acestora; **d)** propune înființarea şi administrează serviciile sociale specializate, direct sau în parteneriat, ori prin contractare cu

alte autorități şi instituții publice şi private, forme de asociere a societății civile, inclusiv cu instituții de cult recunoscute de lege, implicate în derularea programelor de asistență socială; **e)** acordă sprijin autorităților locale, în scopul dezvoltării şi organizării serviciilor sociale; **f)** asigură activitățile de informare, formare şi consiliere, în vederea creşterii performanței serviciilor publice de asistență socială de la nivelul consiliilor locale ale municipiilor, oraşelor şi comunelor; **g)** monitorizează şi evaluează serviciile sociale înființate şi administrate; **h)** elaborează şi implementează proiecte cu finanțare națională şi internațională în domeniu; **i)** acordă asistență tehnică necesară pentru crearea şi formarea structurilor comunitare consultative, ca formă de sprijin în activitatea de asistență socială; **j)** elaborează şi propune consiliului județean proiectul de buget anual pentru susținerea serviciilor sociale şi a altor măsuri de asistență socială, în conformitate cu planul de acțiune propriu.

Consiliile locale ale municipiilor, oraşelor şi comunelor înființează, în subordinea lor, serviciul public de asistență socială, la nivel de direcție sau, după caz, serviciu, cu următoarele atribuții principale:

a) identifică nevoile sociale ale comunității şi le soluționează în condițiile legii;

b) răspunde de înființarea, organizarea şi furnizarea serviciilor

sociale primare;

c) dezvoltă şi gestionează servicii sociale specializate, după caz, în condițiile legii;

d) încheie convenții de parteneriat şi inițiază programe de colaborare cu alte autorități locale, instituții publice şi private, structuri asociative, precum şi cu instituții de cult recunoscute de lege, pentru furnizarea serviciilor sociale dezvoltate, în conformitate cu nevoile locale identificate şi cu prevederile planului județean de acțiune;

e) furnizează informațiile şi datele solicitate de serviciul public de asistență socială județean, precum şi de autoritățile publice centrale cu responsabilități în domeniu;

f) elaborează şi implementează proiecte cu finanțare națională şi internațională în domeniu

g) elaborează şi propune consiliului local al municipiului, orașului sau comunei proiectul de buget anual pentru susținerea serviciilor sociale şi a altor măsuri de asistență socială, în conformitate cu planul de acțiune propriu. Prin derogare de la prevederile alin. (1), pentru îndeplinirea atribuțiilor prevăzute la acelaşi alineat, consiliile locale şi primăriile de la nivelul comunelor, care nu dispun de capacitatea şi resursele necesare înființării unui serviciu public de asistență socială, angajează personal cu

competențe în domeniul asistenței sociale, cu contract individual de muncă.[12]

1.3. Reglementări metodologice privind protecția vârstnicului

Fiecare stat protejează drepturile şi libertățile cetățenilor săi vârstnici, în funcție de realitățile şi particularitățile sale economice, sociale, culturale. Într-o lume tot mai integrată însă, au apărut preocupări majore ale statelor şi organismelor internaționale pentru protecția juridică a populației vârstnice, aflată în creştere, precum şi demersuri de aderare la un corp comun de norme. Ansamblul de documente elaborate de organizațiile internaționale (ONU, OMS, Consiliul Europei, UE), care demonstrează un interes deosebit față de fenomenul îmbătrânirii populației şi față de necesitatea protecției sociale a persoanelor vârstnice, constituie un ghid indispensabil pentru elaborarea unor politici referitoare la persoanele vârstnice.

Analiza problematicii protecției sociale a vârstnicilor se plasează în contextul opțiunii țării noastre de integrare în Uniunea Europeană. *Carta Socială Europeană*, unul dintre marile tratate ale Consiliului Europei în domeniul drepturilor omului, constituie

12 Lege nr. 47/2006 din 08/03/2006 privind sistemul național de asistență socială, Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 239 din 16/03/2006

instrumentul european de referință în materie de coeziune socială. Este primul tratat internațional care consacră dreptul la protecție împotriva sărăciei şi excluderii sociale – două atingeri majore aduse demnității umane care privesc, într-o măsură semnificativă, şi demnitatea persoanelor vârstnice. Conform Cartei Sociale Europene, *protecția socială* pentru ansamblul populației, care privește, implicit, şi persoanele vârstnice, vizează dreptul la protecția sănătății, la securitatea socială şi medicală, dreptul de a beneficia de servicii sociale. *Protecția specială* a unor categorii de persoane se referă, pe lângă copii, adolescenți, mame, familii, persoane handicapate, imigranți, şi la *persoanele vârstnice.* Articolul 23 al Cartei, privitor la *„Dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială*" vizează măsuri care să permită persoanelor vârstnice să rămână membri deplini ai societății cât mai mult timp posibil, prin intermediul:

a) unor resurse financiare suficiente care să le permită să ducă o existență decentă şi să participe activ la viața publică, socială şi culturală;

b) difuzării informațiilor privind serviciile şi facilitățile disponibile pentru persoanele vârstnice şi posibilităților de a recurge la acestea.

Măsurile trebuie, de asemenea, să permită persoanelor

vârstnice să aleagă liber propriul stil de viață şi să ducă o existență independentă în mediul lor de viață."[13]

Legislație :

a) LEGEA 17/2000 – privind asistenta sociala a persoanelor vârstnice – actualizată la 17.11.2008: Asistența sociala a persoanelor vârstnice este reglementată de Legea nr. 17/2000 prin care se stabilesc serviciile sociale asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu, în instituții rezidențiale, centre de zi, cluburi pentru vârstnici, apartamente şi locuințe sociale. Persoana vârstnică - în conformitate cu art. 1 din Legea 17/2000, este persoana care a împlinit vârsta legală de pensionare.

Condiții: *Se acordă* în baza anchetei sociale realizate de către un colectiv format din minim 2 asistenți sociali din cadrul consiliului local sau de la direcția generala județeană sau a municipiului Bucureşti. În situația persoanelor vârstnice dependente, colectivul se va completa în mod obligatoriu cu medicul specialist al persoanei respective. Dreptul de asistență socială pentru persoanele vârstnice se stabileşte şi cu respectarea criteriilor prevăzute în grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice reglementată de HG nr.

[13] www.iccv.ro/oldiccv/romana/revista/rcalvit/pdf

866/2000.

Serviciile sociale pot fi

- servicii privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale şi sprijinire pentru reintegrare socială, consiliere juridică şi administrativă, sprijin pentru plata unor servicii şi obligații curente, îngrijirea locuinței şi gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;
- servicii socio-medicale privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice şi psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice şi antrenarea la activități economice, sociale şi culturale, precum şi îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;
- servicii medicale, sub forma consultațiilor şi îngrijirilor medicale, sunt acordate în baza reglementarilor legale privind asigurările sociale de sănătate.
- serviciile sociale de consiliere, în vederea prevenirii marginalizării sociale şi pentru reintegrare socială, se asigură fără plata unei contribuții, ca un drept fundamental al persoanelor vârstnice, de către asistenți sociali.

Tipurile de servicii şi costul acestora se stabilesc de consiliile locale. Căminele pentru persoane vârstnice sunt organizate în baza

Legii 17/2000 pe secții pentru:

- persoane dependente;

- persoane semidependente;

- persoane care nu sunt dependente;

Cuantum: Costul mediu lunar de întreținere se stabileşte anual de către consiliile locale si/sau județene, după caz, înainte de adoptarea bugetelor proprii. (Legea 17/2000 - Republicată). Costul mediu lunar de întreținere se stabileşte în funcție de gradul de dependenta al persoanei vârstnice îngrijite şi are în vedere cheltuielile de întreținere, pentru hrana şi gospodărie, obiecte de inventar, echipament şi cazarmament, materiale sanitare şi altele asemenea, în conformitate cu clasificația bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale. Persoanele vârstnice care au venituri şi sunt îngrijite în cămin datorează contribuția lunară de întreținere în cuantum de până la 60% din valoarea veniturilor personale lunare, fără a se depăşi costul mediu lunar de întreținere aprobat pentru fiecare cămin.

Modalități de obținere: Dreptul la asistență socială în căminele pentru persoane vârstnice se stabileşte pe baza anchetei sociale cu respectarea criteriilor stabilite în grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice (G.G. nr. 886/2000) şi se aprobă de către:

a) primar - pentru instituțiile de asistență socială aflate în administrare,

b) directorul general al direcţiei generale de muncă solidaritate socială şi a familiei - pentru asistenta sociala acordata de asociaţiile şi fundaţiile române care au primit transferuri din fonduri gestionate de Ministerul Muncii Solidarităţii Sociale şi Familiei;

Persoanele vârstnice care beneficiază de serviciile oferite de căminele pentru persoane vârstnice şi care dispun de venituri proprii *au obligaţia să plătească lunar* o contribuţie de întreţinere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreţinere.[14]

b) **LEGEA nr. 47/2006 din 08/03/2006 privind sistemul naţional de asistenţă socială**

Definirea Sistemului naţional de asistenţă socială reprezintă ansamblul de instituţii şi măsuri prin care statul, prin autorităţile administraţiei publice centrale şi locale, colectivitatea locală şi societatea civilă intervin pentru prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare ori permanente ale unor situaţii care pot genera marginalizarea sau excluziunea socială a persoanei, familiei, grupurilor ori comunităţilor. Asistenţa socială, componentă a sistemului naţional de protecţie socială, cuprinde serviciile sociale şi prestaţiile sociale acordate în vederea dezvoltării capacităţilor

[14] Legea 17/2000 privind asistenţa socială a persoanelor vârstnice – actualizată prin Decretul 907 din 06.06.2006 publicat în M.O. nr.600/11 iulie 2006

individuale sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creşterea calităţii vieţii şi promovarea principiilor de coeziune şi incluziune socială. Prezenta lege reglementează coordonarea şi organizarea unitară a sistemului de servicii sociale şi prestaţii sociale.

Sistemul de asistenţă socială se întemeiază pe următoarele principii generale:

a) universalitatea, potrivit căruia fiecare persoană are dreptul la asistenţă socială în condiţiile prevăzute de lege; **b)** respectarea demnităţii umane, potrivit căruia fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă şi deplină a personalităţii; **c)** solidaritatea socială, potrivit căruia comunitatea participă la sprijinirea persoanelor care nu îşi pot asigura nevoile sociale, pentru menţinerea şi întărirea coeziunii sociale; **d)** parteneriatul, potrivit căruia autorităţile administraţiei publice centrale şi locale, instituţiile de drept public şi privat, structurile asociative, precum şi instituţiile de cult recunoscute de lege cooperează în vederea acordării serviciilor sociale; **e)** subsidiaritatea, potrivit căruia, în situaţia în care persoana sau familia nu îşi poate asigura integral nevoile sociale, intervin colectivitatea locală şi structurile ei asociative şi, complementar, statul; **f)** participarea beneficiarilor, potrivit căruia beneficiarii măsurilor şi acţiunilor de asistenţă socială contribuie activ la

procesul de decizie şi de acordare a acestora; **g)** transparența, potrivit căruia se asigură creşterea gradului de responsabilitate a administrației publice centrale şi locale față de cetățean, precum şi stimularea participării active a beneficiarilor la procesul de luare a deciziilor; **h)** nediscriminarea, potrivit căruia accesul la drepturile de asistență socială se realizează fără restricție sau preferință față de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, categorie socială, opinie, sex ori orientare sexuală, vârstă, apartenență politică, dizabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare HIV sau apartenență la o categorie defavorizată, precum şi orice alt criteriu care are ca scop ori ca efect restrângerea folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului şi a libertăților fundamentale.

Definirea termenilor şi expresiile: **a)** procesul de incluziune socială reprezintă setul de măsuri şi acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sănătății, informării, comunicării, mobilității, securității, justiției şi culturii, destinate combaterii excluziunii sociale; **b)** nevoia socială reprezintă ansamblul de cerințe indispensabile fiecărei persoane pentru asigurarea condițiilor de viață, în vederea integrării sociale; **c)** prestațiile sociale sunt măsuri de redistribuție financiară destinate persoanelor sau familiilor care întrunesc condițiile de

eligibilitate prevăzute de lege; **d)** serviciile sociale reprezintă ansamblul complex de măsuri şi acţiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale ale persoanelor, familiilor, grupurilor sau comunităților, în vederea prevenirii şi depăşirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate ori dependență, pentru creşterea calității vieții şi promovarea coeziunii sociale; serviciile sociale se pot organiza în forme diverse, stabilite prin nomenclatorul serviciilor sociale; **e)** furnizorii de servicii sociale sunt persoanele fizice sau juridice, de drept public ori privat, care acordă servicii sociale în condițiile prevăzute de lege; **f)** aşezământul reprezintă amplasamentul social organizat pentru desfăşurarea serviciilor sociale şi a altor activități de interes obştesc; **g)** colectivitatea locală reprezintă totalitatea locuitorilor dintr-o unitate administrativ-teritorială, cu interese, credințe sau norme de viață comune; **h)** comunitatea locală reprezintă membrii organizați ai colectivității locale, formele de asociere a acestora, instituțiile administrației publice locale, precum şi alte instituții publice ori private din domeniul educației, sănătății sau altele asemenea; **i)** acreditarea reprezintă procesul prin care furnizorul de servicii sociale îşi demonstrează propria capacitate funcțională, organizațională şi administrativă în acordarea serviciilor sociale, cu condiția respectării standardelor de calitate în vigoare, iar statul recunoaşte competența acestuia de a acorda servicii sociale; **j)**

standardele generale şi specifice de calitate reprezintă ansamblul de norme pe baza cărora sunt evaluate şi monitorizate activitatea furnizorilor şi calitatea serviciilor sociale acordate; **k)** ancheta socială este o metodă de investigație întemeiată pe diferite tehnici de culegere şi de prelucrare a informației, în scopul analizei situației sociale şi economice a persoanelor, familiilor, grupurilor sau comunităților, având rol de diagnostic social; **l)** dezvoltarea comunitară reprezintă procesul prin care o comunitate îşi identifică anumite probleme prioritare, se implică şi cooperează în rezolvarea lor, folosind preponderent resurse interne; **m)** societatea civilă este formată din persoane asociate sub diferite forme, pe baza unor interese comune, şi care îşi dedică timpul, cunoştințele şi experiența pentru a-şi promova şi apăra drepturile şi interesele; formele asociative pot fi, în principal, asociații şi fundații, organizații sindicale şi patronale, organizații culturale şi de cult, precum şi grupuri comunitare informale.

Dreptul la asistență socială este garantat, în condițiile legii, pentru toți cetățenii români care au domiciliul sau reşedința în România, fără nici un fel de discriminare. Cetățenii altor state, apatrizii, precum şi orice altă persoană care a dobândit o formă de protecție şi care are domiciliul sau reşedința în România au dreptul la asistență socială, în condițiile legislației române şi ale acordurilor şi tratatelor la care România este parte. Persoanele prevăzute la alin. (1) şi (2) au dreptul de

a fi informate asupra conținutului şi modalităților de acordare a măsurilor şi acțiunilor de asistență socială. Drepturile la asistență socială se acordă la cerere sau din oficiu, după caz, în conformitate cu prevederile legii. Serviciile sociale şi prestațiile sociale se acordă în funcție de situația persoanei sau familiei, în conformitate cu legislația în vigoare. Drepturile la asistență socială se acordă în condițiile prevăzute de legile speciale care le reglementează.

Sistemul de servicii şi prestații sociale:

Serviciile sociale pot fi servicii primare şi servicii specializate. **Serviciile sociale primare** sunt măsuri şi acțiuni de proximitate şi prevenție acordate în comunitate, în scopul identificării şi limitării situațiilor de risc în care se poate afla la un moment dat persoana, familia sau grupul. **Serviciile sociale specializate** sunt măsurile de suport şi asistență care au ca scop menținerea, refacerea sau dezvoltarea capacităților persoanei ori familiei, aflată în situații specifice de vulnerabilitate sau de risc de excludere socială, şi sunt acordate de personal calificat şi specializat. Furnizarea serviciilor sociale se organizează într-un sistem descentralizat, la nivelul comunităților locale, pentru a răspunde cât mai adecvat nevoilor sociale identificate, tipologiei potențialilor beneficiari şi condițiilor particulare în care aceştia se află. Furnizorii de servicii sociale pot organiza şi acorda servicii sociale, cu sau fără găzduire, după cum urmează: **a)** în comunitate; **b)** la domiciliul beneficiarului; **c)** în centre de zi

şi centre rezidențiale, publice sau private. Centrele de zi şi rezidențiale reprezintă aşezăminte în care serviciile sociale sunt acordate de personal calificat şi care dispun de infrastructura adecvată furnizării acestora; în centrele rezidențiale persoana este găzduită mai mult de 24 de ore.

Serviciile sociale se pot organiza în forme diverse, stabilite prin nomenclatorul serviciilor sociale, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

Serviciile sociale sunt acordate de furnizori de servicii sociale care sunt persoane fizice sau juridice, de drept public ori privat. Furnizorii de servicii sociale acreditați, precum şi serviciile sociale acordate de aceştia se înregistrează în registrul electronic unic, organizat la nivel național pe baza ordinului ministrului muncii, solidarității sociale şi familiei.

Prestațiile sociale reprezintă transferuri financiare şi cuprind: alocații familiale, ajutoare sociale, indemnizații şi facilități**.** Principalele criterii pe baza cărora se acordă prestațiile sociale sunt următoarele: **a)** evaluarea contextului familial;**b)** veniturile solicitantului sau ale familiei acestuia; **c)** condițiile de locuire;**d)** starea de sănătate şi gradul de dependență.

Statul acordă prestațiile sociale prin autoritățile administrației publice centrale sau locale, în conformitate cu prevederile legislației în vigoare. Prestațiile sociale se acordă în bani sau în natură, din bugetul

de stat ori, după caz, din bugetul local, şi sunt reglementate prin legi speciale.

Personalul din sistemul de asistență socială:

În domeniul asistenței sociale activează personal de specialitate în asistență socială, precum şi personal cu diverse calificări şi competențe. Formarea personalului de specialitate în asistență socială se realizează în instituții de învățământ de stat şi private, care funcționează în condițiile legii, precum şi în procesul de formare continuă. Personalul implicat în furnizarea serviciilor sociale îşi desfăşoară activitatea în conformitate cu statutul profesiei, al dispozițiilor Codului muncii, precum şi al altor dispoziții legale, după caz.

Serviciile sociale sunt furnizate de asistenți sociali, precum şi de persoane cu diverse calificări şi competențe, specifice domeniului de intervenție. În procesul de furnizare a serviciilor sociale se pot implica, alături de personalul prevăzut la alin. (1), membri de familie, alte persoane fizice, precum şi voluntari, în condițiile legii.

Finanțarea prestațiilor sociale şi a serviciilor sociale: Asistența socială se finanțează, în principal, din fonduri alocate de la bugetul de stat sau de la bugetele locale. Modul de finanțare a asistenței sociale se stabileşte prin legile speciale care reglementează acordarea de prestații sociale şi furnizarea serviciilor sociale.

De la bugetul de stat se asigură: **a)** finanțarea prestațiilor sociale reglementate prin legi speciale; **b)** finanțarea programelor de interes național, elaborate pe baza programelor județene şi ale Consiliului General al Municipiului Bucureşti, în scopul înființării, dezvoltării şi susținerii serviciilor sociale; **c)** funcționarea şi administrarea instituțiilor publice cu atribuții în domeniul asistenței sociale, aflate în subordinea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei; **d)** acordarea de subvenții în vederea dezvoltării serviciilor sociale şi a asigurării funcționării acestora; **e)** finanțarea în parteneriat a serviciilor sociale pentru asigurarea continuității serviciului, în conformitate cu nevoia socială şi cu principiul subsidiarității; **f)** finanțarea proiectelor-pilot pentru implementarea programelor din domeniul asistenței sociale.

De la bugetele județelor, bugetele locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti şi de la bugetul municipiului Bucureşti se alocă fonduri pentru: **a)** finanțarea serviciilor sociale organizate la nivelul județului, al sectoarelor municipiului Bucureşti şi al municipiului Bucureşti; **b)** finanțarea prestațiilor sociale stabilite prin hotărâri ale consiliilor județene, ale Consiliului General al Municipiului Bucureşti, ale consiliilor locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti, ale municipiilor, ale oraşelor şi ale comunelor sau prin legi speciale, după caz. De la bugetele județelor se poate asigura finanțarea în parteneriat a serviciilor

sociale dezvoltate la nivelul municipiilor, oraşelor şi comunelor.

De la bugetele locale ale municipiilor, oraşelor şi comunelor se asigură finanțarea: **a)** serviciilor sociale realizate de consiliile locale, singure sau în parteneriat cu formele de asociere ale societății civile; **b)** ajutoarelor sociale şi facilităților acordate pe plan local. Consiliile locale de la toate nivelurile administrației publice locale au obligația să prevadă în bugetele proprii, distinct, fondurile necesare pentru servicii sociale şi prestații sociale, stabilite prin legi speciale şi hotărâri ale consiliilor locale.

La finanțarea serviciilor sociale sunt utilizate şi sume provenite din venituri proprii, din donații, sponsorizări sau din alte contribuții din partea unor persoane fizice ori juridice, din țară şi din străinătate, precum şi din alte surse, cu respectarea legislației în domeniu. În funcție de venituri, persoanele beneficiare contribuie la finanțarea acordării serviciilor sociale, conform legii.[15]

c) ORDONANȚĂ G nr. 68/2003, ordonanța privind serviciile sociale, consolidata Text actualizat la data de 22.11.2004

Definiții: Serviciile sociale, în sensul prezentei ordonanțe, reprezintă ansamblul complex de măsuri şi acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în

15 Lege nr. 47/2006 din 08/03/2006 privind sistemul național de asistență socială, Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 239 din 16/03/2006

vederea prevenirii şi depăşirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru prezervarea autonomiei şi protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării şi excluziunii sociale, pentru promovarea incluziunii sociale şi în scopul creşterii calității vieții.

Serviciile sociale sunt asigurate de furnizorii de servicii sociale în condițiile prevăzute de prezenta ordonanță. (3) În funcție de complexitatea situației, serviciile sociale pot fi furnizate în sistem integrat, prin asocierea lor cu serviciile medicale, educaționale, de locuințe şi de ocupare în muncă.

Principiile şi valorile care stau la baza furnizării serviciilor sociale sunt: a) solidaritatea socială; b) unicitatea persoanei; c) libertatea de a alege serviciul social în funcție de nevoia socială; d) egalitatea de şanse şi nediscriminarea la accesul de servicii sociale şi în furnizarea serviciilor sociale; e) participarea beneficiarilor la întregul proces de furnizare a serviciilor sociale; f) transparența şi responsabilitate publică în acordarea serviciilor sociale; g) proximitate în furnizarea serviciilor sociale; h) complementaritate şi abordare integrată în furnizarea serviciilor sociale; j) concurența şi competitivitate în furnizarea serviciilor sociale; i) confidențialitate; k) parteneriat între părțile implicate în procesul de furnizare a serviciilor sociale şi beneficiarii acestora.

Tipologia serviciilor sociale

Serviciile sociale pot fi servicii sociale cu caracter primar şi servicii sociale specializate, ambele categorii având caracter proactiv. Cele cu caracter primar sunt serviciile sociale care au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate ori vulnerabilitate, care pot duce la marginalizare sau excluziune socială. Serviciile sociale sunt următoarele: a) activități de identificare a nevoii sociale individuale, familiale şi de grup; b) activități de informare despre drepturi şi obligații; c) măsuri şi acțiuni de conştientizare şi sensibilizare socială; d) masuri şi acțiuni de urgență în vederea reducerii efectelor situațiilor de criză; e) măsuri şi acțiuni de sprijin în vederea menținerii în comunitate a persoanelor în dificultate; f) activități şi servicii de consiliere; g) măsuri şi activități de organizare şi dezvoltare comunitară în plan social pentru încurajarea participării şi solidarității sociale; h) orice alte măsuri şi acțiuni care au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate ori vulnerabilitate, care pot duce la marginalizare sau excluziune sociala.

Funcțiile serviciilor sociale cu caracter primar sunt: a) evidențierea, diagnosticarea şi evaluarea nevoilor sociale individuale, familiale şi de grup; b) informarea asupra situațiilor de risc social, precum şi asupra drepturilor sociale ale persoanei; c)

identificarea persoanelor şi familiilor aflate în situații de risc, în vederea realizării de acțiuni şi măsuri cu caracter preventiv; d) furnizarea de măsuri de urgență în vederea înlăturării situației de dificultate în care se poate găsi o familie sau o persoană la un moment dat; e) sensibilizare asupra necesităților sociale existente sau latente şi asupra resurselor umane, materiale şi financiare necesare satisfacerii lor; f) dezvoltarea de programe cu caracter comunitar, în scopul promovării sociale a indivizilor şi colectivităților; g) prevenirea oricărei forme de dependență prin acțiuni de identificare, ajutor, susținere, informare, consiliere; h) asigurarea transferului şi monitorizării beneficiarului, atunci când situația acestuia o cere, spre serviciile sociale specializate; i) gestionarea activă a procedurilor de conlucrare cu celelalte servicii, cum ar fi cele educaționale, medicale, de locuire, ocupare şi altele asemenea; j) consiliere pentru persoanele şi familiile care adoptă copii sau care au minori în plasament ori încredințare; k) consiliere pentru tinerii care părăsesc instituțiile pentru protecția copilului.

Serviciile sociale specializate sunt serviciile sociale care au drept scop menținerea, refacerea sau dezvoltarea capacităților individuale pentru depăşirea unei situații de nevoie socială. Ele sunt următoarele: a) recuperare şi reabilitare; b) suport şi asistență pentru familiile şi copiii aflați în dificultate;) educație informala extracurriculară pentru copii şi

adulți, în funcție de nevoia fiecărei categorii; d) asistență şi suport pentru persoanele vârstnice, inclusiv pentru persoanele vârstnice dependente; e) asistență şi suport pentru toate categoriile definite la art. 25; f) sprijin şi orientare pentru integrarea, readaptarea şi reeducarea profesionala; g) îngrijire social-medicală pentru persoanele aflate în dificultate, inclusiv paleative pentru persoanele aflate în fazele terminale ale unor boli; h) mediere socială; i) consiliere în cadru instituționalizat, în centre de informare şi consiliere; j) orice alte măsuri şi acțiuni care au drept scop menținerea, refacerea sau dezvoltarea capacităților individuale pentru depăşirea unei situații de nevoie sociala.

Serviciile de îngrijire social-medicala reprezintă un complex de activități care se acorda în cadrul unui sistem social şi medical integrat şi au drept scop principal menținerea autonomiei persoanei, precum şi prevenirea agravării situației de dependență

Funcțiile serviciilor sociale specializate sunt: a) găzduire, îngrijire, recuperare, reabilitare şi reinserție socială şi profesională a persoanelor cu handicap, bolnavilor cronici, persoanelor dependente de consum de alcool sau de droguri, persoanelor victime ale violentei în familie sau ale traficului de persoane; b) găzduire, îngrijire, recuperare, reabilitare şi reinserție socială a persoanelor vârstnice aflate într-o situație de nevoie socială; c) suport şi asistență pentru copiii şi familiile în dificultate; d) găzduire şi educație specială pentru copiii sau tinerii cu

handicap ori care prezintă dificultăți de adaptare, altele decât cele din învățământul special organizat pentru preşcolarii şi elevii cu deficiente; e) găzduire în sistem protejat, pe perioada determinată, a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului; f) inserție socială şi profesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului; g) găzduire pe perioada determinată a persoanelor fără adăpost; h) asistență şi suport pentru asigurarea unei vieți autonome şi active persoanelor de vârsta a treia, precum şi servicii de îngrijire acordate vârstnicilor aflați într-o situație de dependență; i) furnizare de măsuri de suport pentru integrarea în muncă, altele decât cele prevăzute de legislația în vigoare; j) furnizare de măsuri de readaptare şi de reorientare profesională stabilite prin legislația în vigoare; k) primire şi îngrijire în situații de urgență, cu sau fără găzduire, acordarea de sprijin ori acompaniament social, adaptarea la o viață activă sau inserția socială şi profesională a persoanelor ori familiilor în dificultate sau în situații de risc; l) consiliere juridică; m) informare, consiliere, sprijin şi tratament specializat

Furnizorii de servicii sociale pot fi persoane fizice sau juridice, publice ori private. Furnizorii publici de servicii sociale pot fi: a) serviciul public de asistenta socială la nivel județean şi local; b) alte servicii publice specializate la nivel județean sau local; c) instituțiile publice care au constituite compartimente de asistență

socială.

Furnizorii privați de servicii sociale pot fi: a) asociațiile şi fundațiile, cultele religioase şi orice alte forme organizate ale societății civile; b) persoane fizice autorizate în condițiile legii; c) filialele şi sucursalele asociațiilor şi fundațiilor internaționale recunoscute în conformitate cu legislația în vigoare; d) organizațiile internaționale de profil. Furnizorii de servicii sociale pot organiza şi acorda servicii sociale numai dacă sunt acreditați în condițiile legii. Societățile comerciale pot furniza servicii sociale numai prin intermediul fundațiilor proprii înființate în acest scop. Metodologia de acreditare a furnizorilor de servicii sociale se aproba prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei, şi se poate revizui ori de cate ori este necesar.

Personalul care acorda servicii sociale

Serviciile sociale sunt furnizate de asistentul social, precum si de specialişti având diverse calificări şi competențe, responsabilități şi atribuții specifice domeniului de activitate. În procesul de furnizare a serviciilor sociale se pot implica membri de familie, alte persoane fizice, voluntari, precum şi tineri care au optat pentru serviciul utilitar militar alternativ, în condițiile legii. Profesiile sociale specifice şi complementare aparținând domeniului serviciilor sociale, precum şi principalele activități vor fi cuprinse în

Nomenclatorul privind Clasificarea ocupațiilor din România.

Serviciile sociale cu caracter primar sunt furnizate de personal de specialitate format în instituții de învățământ superior de stat şi particulare, care funcționează în condițiile legii, precum şi de personal care a dobândit competente în procesul de formare şi de perfecționare continuă, în condițiile legii. Serviciile sociale specializate sunt furnizate de echipe interdisciplinare. Echipa interdisciplinară poate cuprinde asistent social, asistent maternal, îngrijitor, însoțitor, asistent personal, ajutor menajer, educator specializat, psihoterapeut, psihopedagog, psiholog, terapeut ocupațional, kinetoterapeut, logoped, pedagog social, asistent medical şi medic, mediatori şi facilitatori comunitari şi sanitari, consilier juridic, jandarm şi polițist de proximitate, precum şi alte profesii conexe domeniului social şi medical. **Asistentul social are următoarele atribuții principale** în furnizarea serviciilor sociale: a) sensibilizarea şi informarea cu privire la serviciile sociale; b) identificarea persoanelor şi familiilor aflate în dificultate, precum şi a cauzelor care au generat vulnerabilitate si nevoie socială; c) consilierea, orientarea şi ajutorul pentru realizarea demersurilor necesare obținerii drepturilor sociale; d) elaborarea planului de intervenție; e) participarea la elaborarea planului individualizat de asistență şi îngrijire; f) participarea la monitorizarea, evaluarea şi controlul serviciilor sociale; g) participarea la elaborarea strategiilor şi planurilor de asistență socială

județene şi, după caz, locale.

Beneficiarii de servicii sociale sunt: a) persoane şi familii aflate în dificultate sau risc; b) grupuri sociale în situații de dificultate sau risc, generatoare de marginalizare sau excluziune sociala; c) comunitatea care are nevoie de sensibilizare, prevenire şi combatere a situațiilor de dificultate sau risc**.** Ei pot fi români care au domiciliul ori reşedința în România, precum şi cetățenii români fără domiciliu. Cetățenii altor state, precum şi apatrizii beneficiază de servicii sociale, în conformitate cu prevederile tratatelor şi acordurilor la care România este parte, dacă au domiciliul sau reşedința în România

Procedura de acordare a serviciilor sociale

Serviciile sociale se acorda la solicitarea persoanei, a familiei acesteia sau a reprezentantului legal, în urma semnalării unei situații de nevoie socială de către orice alta persoană, precum şi din oficiu. Solicitarea pentru acordarea de servicii sociale se adresează serviciului public de asistență socială din subordinea autorităților administrației publice locale. Solicitarea pentru acordarea de servicii sociale poate fi adresata şi direct unui alt furnizor de servicii sociale.

Procesul de acordare a serviciilor sociale are următoarele etape principale: a) evaluarea inițială; b) elaborarea planului de intervenție; c)

evaluarea complexă; d) elaborarea planului individualizat de asistență şi îngrijire; e) implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenție şi în planul individualizat; f) monitorizarea; g) reevaluarea. h) evaluarea opiniei beneficiarului.

Monitorizare, evaluare si control

Monitorizarea, evaluarea şi controlul serviciilor sociale se realizează de Ministerul Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei prin direcțiile pentru dialog, familie şi solidaritate socială județene, respectiv a municipiului Bucureşti, denumite în continuare direcții teritoriale, şi se exercită asupra tuturor furnizorilor de servicii sociale. Activitatea de monitorizare, evaluare şi control are ca principale obiective următoarele: a) aplicarea prevederilor legale referitoare la serviciile sociale; b) îmbunătățirea calității şi creşterea eficienței serviciilor sociale acordate de furnizori; c) respectarea standardelor de calitate; d) îndrumarea şi coordonarea metodologica a activității serviciului public de asistență socială de la nivel local şi județean cu privire la acordarea serviciilor sociale; e) asigurarea respectării drepturilor sociale ale beneficiarului. f) colectarea datelor cu privire la situația beneficiarilor, furnizorilor şi tipurilor de servicii. Monitorizarea, evaluarea si controlul serviciilor sociale se realizează prin derularea unor activități care privesc: a) calitatea serviciilor; b) gradul de satisfacție a beneficiarului; c) respectarea standardelor de calitate;. d) gradul de adaptare a serviciilor sociale

acordate la nevoile beneficiarului; e) performanta personalului; f) resursele necesare; g) costul serviciilor; h) respectarea altor reglementari conexe serviciilor sociale.

Organizarea administrativa în domeniul furnizării serviciilor sociale

În realizarea serviciilor sociale, principalele atribuții şi responsabilități ale Ministerului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei, coordonator al domeniului, precum şi ale celorlalte autorități ale administrației publice centrale cu competente în domeniu sunt următoarele:

a) elaborează legislația în domeniu şi urmăreşte aplicarea ei de instituțiile administrației publice, precum şi de către partenerii societății civile; b) elaborează planuri şi programe specifice pentru dezvoltarea şi diversificarea serviciilor sociale la nivel național; c) identifică prioritățile de dezvoltare a serviciilor sociale; d) întocmesc şi adoptă metodologia şi procedurile de evaluare, monitorizare şi control al serviciilor sociale; e) inițiază şi elaborează procedura de acreditare a furnizorilor de servicii sociale; f) asigură prin programe de interes național finanțarea serviciilor sociale de la bugetul de stat; g) elaborează şi aprobă criteriile obligatorii de acreditare, organizare ăi funcționare a instituțiilor de asistență socială; h) elaborează şi aprobă modelele contractelor de acordare a serviciilor sociale; i)

elaborează şi aprobă standardele obligatorii de calitate la care se acorda serviciile sociale; j) exercita controlul furnizării serviciilor sociale; k) identifică sursele de finanțare interne şi externe destinate dezvoltării şi diversificării serviciilor sociale.

Finanțarea serviciilor sociale

Serviciile sociale se finanțează din următoarele surse: a) bugetul de stat; b) bugetul local al județului, respectiv al municipiului Bucureşti; c) bugetele locale ale comunelor, oraşelor şi municipiilor, respectiv bugetele locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti;d) donații, sponsorizări sau alte contribuții din partea persoanelor fizice ori juridice din țară şi din străinătate; e) fonduri externe rambursabile şi nerambursabile; f) contribuția persoanelor beneficiare; g) alte surse de finanțare, în conformitate cu legislația în vigoare. De la bugetul de stat se alocă fonduri pentru: a) finanțarea programelor de interes național, elaborate pe baza programelor județene şi ale Consiliului General al Municipiului Bucureşti, în scopul înființării, dezvoltării şi susținerii serviciilor sociale; b) finanțarea înființării unor instituții de asistență socială-pilot. Din bugetele locale ale județelor, respectiv al municipiului Bucureşti, se alocă fonduri pentru: a) finanțarea serviciilor sociale specializate; b) finanțarea în parteneriat cu pana la 50% a serviciilor sociale cu caracter primar furnizate la nivelul consiliilor locale; c) finanțarea integrala sau finanțarea în parteneriat a înființării, organizării

şi funcţionării unor instituţii de asistenţă sociala. Din bugetele locale ale comunelor, oraşelor şi municipiilor, respectiv din bugetele locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti, se aloca fonduri pentru: a) finanţarea serviciilor sociale cu caracter primar; b) subvenţionarea serviciilor sociale realizate de furnizorii acreditaţi; c) finanţarea sau finanţarea în parteneriat a înfiinţării, organizării şi funcţionării unor instituţii de asistenţă socială organizate la nivel de municipii, oraşe sau comune[16]

[16] OG nr. 68/2003, ordonanța privind serviciile sociale, consolidata, publicată în M.O., Partea I r.619/30.08.2003

Capitolul 2: VÂRSTA SENECTUȚII

Observațiile comune, manipulate în viața socială, au permis să se strângă informații importante privind bătrânețea ca un fel de vârstă a înțelepciunii, anticameră a morții şi a bilanțurilor, de obicei, cu tendințe de împăcare cu lumea şi de detaşare treptată de magma ei fierbinte. Nu putem ignora faptul ca în scrierile Vechiului Testament se află expuse, în afară de semnalări de familii cu mare longevitate, şi existența unei opoziții sociale (de subtext) între bătrâni şi tineret, dornic de emancipare de tutela vârstelor înaintate. Totuşi, vârstele înaintate erau respectate. Mai toate comunitățile sociale antice aveau sfatul bătrânilor ca organ consultativ şi adeseori şi ca organ decizional.[17]

Desigur, în Grecia antica şi în Roma au apărut observații pertinente şi mai numeroase privind bătrânețea, observații ce au influențat apoi concepțiile, şi punctele de vedere ale Renaşterii şi în continuare ale gândirii moderne.

Există, însă, şi o situație inversă. Aceea în care bătrâneți erau considerați o povară pe capul familiei şi al societății. Desigur, această situație a, fost înscrisă în tradiții stabilizate. Hiperboreenii ucideau pe cei ce împlineau 60 de ani, eschimoşii duceau bătrânii - la cerere - în

[17] Șchiopu Ursula, Verza Emil, *Psihologia vârstelor – Ciclurile vieții*, Ed. Didactică şi Pedagocică, Bucureşti, 1997, p.330

ținuturile părăsite, cu ceremonii complicate, După ce îşi luau rămas bun de la toți, bătrânii erau lăsați întotdeauna toamna printre gheţuri şi zăpezi, unde erau mâncați de fiarele sălbatice şi de vulturii po1ari până în primăvară. Popoarele războinice considerau bătrânii ca inutili şi îi lăsau să moară sau să se sinucidă. S-a conservat în cântecele străvechi ale unor popoare războinice glorificarea eroismului şi disprețul pentru moartea de bătrânețe, considerată lipsită de sens şi miez.

Renaşterea a debutat printr-o intensificare a migrațiilor si a călătoriilor urbanizare şi dezvoltare a navigației, spirit de independență şi întoarcere spre ştiință şi umanism. În 1598, în perioada elisabethană din Anglia, a luat ființă o serie de legi, Poor Law, pentru şchiopi, orbi, incapabili de muncă şi bătrâni, aziluri şi case de muncă. Dar mizeria, ignoranța, murdăria şi epidemiile erau de neînchipuit. Boli endemice decimau populația şi mai ales copiii, oamenii săraci şi bătrânii. Între anii 1348–1359 au murit de plăgi bubonice jumătate din populația Europei. Pe de altă parte s-au efectuat numeroase schimbări în modul de viață. Au început să circule numeroase cărți, numărul celor ştiutori de carte a crescut; au început să fie traduse numeroase cărți din limbile clasice în cele naționale. Lucrările despre vârstele omului, ca şi cele despre sănătate şi cele de astrologie interesau cercuri destul de largi. Au apărut şi circulat cărți din China (taoiste), Islam, Bizanț etc. Renaşterea a echivalat cu o

schimbare de mentalitate evidentă în chestiunile ce privesc aporturile mai importante în problemele bătrâneții.

În esență, secolele XV-XVIII au exprimat un progres evident în planul general al dezvoltării sociale. Treptat s-au efectuat explorări anatomice mai sistematizate, confruntări de date cantitative privind patologia vârstelor, ceea ce a marcat începutul explorării medicale organizate şi moderne şi al dezvoltării anatomiei comparate. În 1645 a fost inventat microscopul şi s-au organizat serviciile medicale: Sydenham (1624-1689), prieten cu John Locke, a practicat obligativitatea bolnavului de a sta la pat şi aceea a descrierii bolii. A crescut atenția pentru dietă şi moderație la vârstele înaintate. Interesant ni se pare faptul că s-a înscăunat şi ideea că la vârstele înaintate trebuie evitate emoțiile puternice sau cele de durată. Tot în această perioadă s-au înființat primele asociații de prietenie şi întrajutorare prin cotizații pentru bătrânețe. Acestea erau însă puține şi restrânse, dar se vor dezvolta mult în secolele următoare. În genere, secolul al XVIII-lea a consolidat tendințele conturate în secolele anterioare. S-au efectuat progrese în studiul anatomiei şi patologiei bătrâneții şi s-a conturat simptomatologia ei. S-a acordat o atenție din ce în ce mai mare bolilor mintale ale bătrâneții.[18]

[18] Ibidem, 331-338

2.1.Teorii privind îmbătrânirea

În secolul al XIX-lea s-au conturat şi dezvoltat numeroase direcţii de cercetare şi numeroase descoperiri biologice şi medicale. Dezvoltarea medicinii a devenit impetuoasă. Pasteur şi Mecinikov au revoluționat sănătatea publică prin descoperirea microbilor şi a vaccinurilor. Aceste descoperiri au dus la îmbunătățirea tehnicilor chirurgicale datorită prevenirii infecțiilor. S-au făcut progrese în găsirea de tehnici de diminuare a durerilor la toate vârstele. Treptat a devenit posibil controlul mai sever al epidemiilor, ceea ce, a dus la scăderea mortalității şi la creşterea numerică a populației. Atenția a început să se centreze mai mult pe problemele remediilor bolilor. Mecinikov a difuzat ideea că bătrânețea, se datorează unor toxine şi bacterii intestinale. Tratamentele legate de această ipoteză nu au dus însă la rezultatele scontate. Oricum, în secolul al XIX-lea bătrânețea şi sărăcia au căpătat semnificații sociale noi, datorită studiilor numeroase de economie. Nu a dispărut interesul pentru elixiruri sau tratamente speciale cu o deschidere spre ipoteze de reziduuri mistice. Aşa, de pildă, Brown Sequard şi-a autoadministrat experimental injecții cu extrase de testicule de animale pentru întinerire, dar fără succes. În acelaşi sens, Steinach a încercat proliferarea celulelor hormonilor testiculari şi a emis o teorie endocrină, a îmbătrânirii. Voronoff a implantat testicole de cimpanzeu la om (autoexperiment)

sub influența teoriei endocrine a îmbătrânirii, dar a murit fără să reîntinerească. [19]

Îmbătrânirea nu reprezintă doar un program genetic al ontogenezei individului, ci mai ales o trăire, o stare emoțională şi mentală. De aici marea diferență dintre indivizii ajunşi la vârsta a treia. Fiind vorba despre o schimbare evidentă în primul rând din punct de vedere biologic, există numeroase teorii biologice[20] privind îmbătrânirea. Dintre acestea, amintim următoarele:

1. Teoriile ratei de viață, cu trei variante: o primă variantă ne spune că există o cantitate de energie, determinată genetic, care poate fi utilizată şi a cărei epuizare aduce moartea. Experiențe făcute pe animale care au fost împiedicate să-şi folosească energia vitală (insecte ce nu au fost lăsate să zboare, mamifere cărora li s-a indus hibernare) au trăit mai mult decât durata medie de viață a speciei. O altă variantă afirmă că numărul de calorii pe care le punem la dispoziția organismului, prin hrănire, influențează durata vieții. Astfel, o populație din Japonia care se hrăneşte cu aproximativ 60% din ceea ce reprezintă hrana unui japonez are de 40 de ori mai mulți bătrâni centenari decât restul populației Japoniei. A treia variantă se referă la reglarea hormonală a sistemului de adaptare la stres. Stresul, în sine, nu provoacă îmbătrânirea, dar abilitatea

[19] Ibidem, p.341
[20] Cavanaugh, Blanchard,Fields, 2002, apud, Muntean Ana, *Psihologia dezvoltării umane*, Ed. Polirom, Iaşi, 2006, p.419

de a-i face față scade cu vârsta, iar această situație pare a fi corelată cu boli grave, comune bătrâneții, cum ar fi: ateroscleroza, diabetul, hipertensiunea, osteoporoza şi deficitul cognitiv ;

2. Teoriile celulare, descriind procesele ireversibile care au loc în biologia celulei, cu alte trei variante: una dintre teorii se bazează pe remarcarea faptului că, pe când celulele țesuturilor fătului se pot divide de 40-60 de ori, ale adultului o fac de aproximativ 20 de ori. În concluzie, există o capacitate a celulei de a se divide de un anumit număr de ori, ceea ce limitează viața individului. Explicația ştiințifică a fenomenului se bazează pe comportamentul unui anumit tip de cromozomi, numiți telomeri, şi al unei enzime, telomerază. O altă teorie afirmă că unele proteine din celula umană (colagenul) interacționează şi produc molecule care se leagă între ele astfel încât fac corpul tot mai rigid, mai greoi, cu dificultăți şi dureri în mişcare. O altă teorie se referă la radicalii liberi (molecule) din celule, care au o mare reactivitate chimică, sunt produşi în timpul metabolismului şi ar cauza, la rândul lor, îmbătrânirea. Aceste molecule pot distruge celulele, ducând la degradarea organelor;

3. Teoria care susține că îmbătrânirea şi moartea sunt programate genetic: dezvăluirea secretelor codului genetic ne va aduce probele necesare pentru susținerea sau înființarea acestei teorii. Ştim însă că boala Alzheimer, schimbările neuronale,

osteoartrita, anumite tipuri de memorie, aspecte ale personalității au o bază genetică.

4. Failibilitatea principiului de fidelitate a copiei[21]

Genele nu cunosc senilitatea şi posedă trei caracteristici: longevitatea, fecunditatea şi fidelitatea copiei; longevitatea, pentru că se transmit din generație în generație, chiar din specie în specie, pe perioade ce pot fi extrem de lungi; fecunditatea, pentru că au capacitatea de a se multiplica, adică de a se reproduce de un număr infinit de ori. În fine, această multiplicare este fidelă, adică o genă are o foarte puternică tendință de a reproduce o genă identică cu ea însăşi. Orice organism este constituit din miliarde de celule care se divid de un anumit număr de ori în cursul vieții. Doar celulele nervoase nu suferă acest proces de diviziune. Numărul de diviziuni care se produc de-a lungul unei vieți pare să fie în mare parte sub control genetic, adică sub controlul anumitor gene. Se poate considera că la sfârşitul vieții sale, un organism nu mai posedă nici una dintre celulele care îl alcătuiau la naştere, cu excepția celulelor nervoase. Desigur, ele au acelaşi patrimoniu genetic, dar sunt produsul unui anumit număr de diviziuni. Unii cercetători au emis ipoteza că în cursul acestor serii de diviziuni s-ar produce unele erori de copiere, care se acumulează de-a lugul vieții şi ucid în cele din

[21] Fontaine, Roger, *Psihologia îmbătrânirii*, Ed Polirom, Iaşi, 2008, p.29

urmă organismul. Aceste erori de copiere ar conduce la deficiențe structuralesau funcționale care, fără a antrena moartea în mod sistematic, s-ar traduce totuşi printr-o deficiență în funcționarea anumitor organe. La unii, aceste erori vor afecta aparatul digestiv, la alții sistemul vascular sau cel nervos.

Aşadar, cauza mortalității corpurilor ar fi inconstanță, în cursul vieții, a principiului de fidelitate a copiei, în timp ce sexualitatea ar asigura imortalitatea ADN-ului şi a genelor.

5. Teoria „genei clandestine”[22] - este o teorie darwinistă a evoluției şi a geneticii, dezvoltată de Medawar (1952) în Marea Britanie. Principiul de bază al acestei teorii se referă la capacitatea, la *obsesia* unei gene de a se reproduce. Pentru aceasta are nevoie de un habitaclu, de un organism, de o *maşină de supraviețuire.* Gena trăieşte pentru sine şi nu pentru *maşină*. Această maşină poate fi un câne, un dinozaur, o râmă sau o ființă umană. Genele au particularitatea de a se exprima sau de a rămâne tăcute în funcție de vârsta organismului purtător. Aşa se face că numeroase gene se exprimă în cursul embriogenezei pentru a executa planul de construcție a noului organism. Altele se exprimă în timpul copilăriei, pentru a asigura dezvoltarea şi în special constituirea conexiunilor în

22 Ibidem, p. 30-31

cadrul sistemului nervos. Altele se exprimă în adolescență şi, prin intermediul secreției hormonale, provoacă transformarea organismului-copil în organismul-adult, care devine astfel capabil să dea naştere la rândul său unei noi *maşini*. În sfârşit, altele se exprimă în timpul vârstei adulte sau al bătrâneții. Trebuie subliniat că numeroase gene par să rămână tăcute în permanență, iar altele nu se exprimă decât declanşând acțiunea altor gene. O genă poate fi favorabilă sau defavorabilă organismului, ba chiar letală sau semiletală, în funcție de vârsta organismului. În consecință, pare evident că evoluția nu a putut selecționa genele letale care s-ar exprima în cursul copilăriei, căci ele ar provoca moartea organismului înainte ca acesta să se fi putut reproduce. În schimb, anumite gene au reuşit deci într-un fel, pitite în umbra patrimoniului genetic, să scape de filtrul selecției naturale, căci o genă care nu influențează reproducerea nu poate fi eliminată. Un număr tot mai mare de gene nefaste vor avea tendință de a se exprima corelativ cu îmbătrânirea organismului purtător. La nivelul sistemului nervos, aceasta se va traduce printr-o mortalitate neuronală sau prin acumularea de plăci senile.

Se ajunge la ideea, greu de acceptat din punct de vedere filosofic şi religios pentru unii, că murim pentru că organismele noastre sunt habitacluri tranzitorii, însărcinate de evoluție cu

misiunea de a asigura imortalitatea genelor: odată ce şi-au îndeplinit această misiune, natura se *debarasează* fără menajamente de ele, provocând moartea organismului.

Dacă mortalitatea organismelor este înscrisă în gene, procesul de îmbătrânire şi vârsta de deces sunt şi ele foarte modulate de factori exogeni legați de comportamentele indivizilor şi de mediul lor de viață.

Dacă este un fapt atestat că există o predispoziție genetică mai mare ori mai mică de a dezvolta o boală sau alta, apare la fel de clar că o influență foarte importantă asupra declanşării acestor afecțiuni o au comportamentele noastre, în special cele alimentare şi tabagice. Potrivit OMS, 75% dintre afecțiunile cele mai ucigătoare sunt clar favorizate de cauze exogene, după ecuația:

Boală = factor genetic + factor de mediu[23]

Indiferent dacă este vorba despre consecințe endogene sau despre consecințe exogene, procesele de senescență sunt observabile la nivelul tuturor organelor. Deşi comportamentul individului influențează semnificativ acest proces, el nu-l poate totuşi nici opri, nici inversa.

[23] Ibidem, p. 32

2.2. Senescența

Se obişnuieşte să se vorbească despre îmbătrânire ca despre *vârsta a III-a* sau *vârsta a IV-a.* Totuşi, îmbătrânirea nu e o stare, ci un proces de degradare graduală şi diferențială. Ea afectează toate ființele vii şi sfârşitul său firesc este moartea organismului. Este imposibil, aşadar, să-i datăm începutul, căci, în funcție de nivelul la care se situează (biologic, psihologic, sau sociologic), viteza şi severitatea sa sunt extrem de variabile de la un individ la altul.

Cercetătorii anglo-saxoni vorbesc adesea despre o abordare *long life span*. Psihologii francofoni s-au interesat dintotdeauna mai mult de copil şi de adolescent decât de persoana în vârstă. Această orientare a provocat înrădăcinarea ideii că evoluția persoanei încetează la sfârşitul adolescenței, îmbătrânirea fiind un fenomen de involuție, adică de întoarcere la copilărie. Abordarea *long life span* vizează, în schimb, întreaga viață. Ea insistă asupra faptului că anumite modificări psihologice profunde pot fi observate de-a lungul întregii vieți, nuanțând puternic principiul lui Freud care susține că structura noastră mentală se construieşte în timpul copilăriei şi că toată viața învățăm, cu mai mult sau mai puțin succes, să ne " obişnuim". Înțelegerea îmbătrânirii necesită deci o abordare de tipul

"întreaga viață". [24]

Îmbătrânirea este ansamblul proceselor pe care le suferă un organism, după faza sa de dezvoltare. Ea nu este sinonimă cu bătrânețea. Aceasta din urmă este starea ce caracterizează o grupă de vârstă particulară, cea a persoanelor de peste 60 de ani. Aceeaşi distincție se poate face între dezvoltare şi copilărie. Îmbătrânirea şi dezvoltarea sunt ansambluri de fenomene dinamice care evocă transformări de natură biologică sau psihologică ale organismului în funcție de timp.

Termenul senescență trebuie considerat ca fiind sinonim cu îmbătrânire.[25] Se impune, prin urmare, o distincție între termenul de *bătrânețe normală* de cel de *bătrânețe patologică*.

Mari cercetători ai secolului al XIX-lea, precum Charcot, au contribuit enorm la răspândirea unei imagini negative a îmbătrânirii, referitor la care folosesc calificativele declin, deteriorare sau destructurare. A fost un secol fascinat de patologie sub toate formele sale, fie ea de natură organică sau psihologică. Freud, care a marcat atât de profund secolul XX prin ideile sale revoluționare, a mers până la a considera că între normal şi patologic nu există diferențe de natură, ci numai de grad. Această idee a continuum-ului normal-

[24] Ibidem, p.21
[25] Ibidem, p.13-14

patologic apare deja în scrierile lui Charcot. Îmbătrânirea este considerată aşadar parcurgerea de către orice individ a acestui continuum. Văzută din această perspectivă, diferența dintre persoane este doar o chestiune de viteză şi de grad, cu timpul orice bătrânețe având, prin urmare, tendința de a sfârşi într-o stare patologică de senilitate sau demență. Deşi această reprezentare a bătrâneții nu a dispărut complet, numeroase studii realizate de la sfârşitul celui de-al doilea război mondial încoace au demonstrat că îmbătrânirea poate fi şi o sursă de multiple oportunități, pentru a ameliora sau a conserva o bună calitate a vieții. Se cuvine deci să distingem îmbătrânirea normală de îmbătrânirea patologică. Conceptul de s*enilitate* trebuie considerat ca fiind sinonim cu îmbătrânirea patologică. Deşi imaginea bătrâneții evoluează către o reprezentare pozitivă, trebuie totuşi să rămânem rezonabili. Dacă ar exista posibilitatea alegerii toți am vrea să rămânem tineri. Efectele timpului sunt însă ireversibile, iar rolul ştiinței este de a înțelege mai bine modurile lor de acțiune pentru a le încetini sau a le atenua.[26]

Cu toate că elixirul tinereții e departe de a fi o realitate, progresele sunt incontestabil substanțiale de câțiva ani încoace. Convergenta descoperirilor farmacologice, a îmbunătățirii condițiilor de viață şi a creşterii nivelului cultural, a provocat o veritabilă

[26] Ibidem, p.14

explozie a numărului de persoane vârstnice active, sănătoase şi fericite să trăiască. Efectele îmbătrânirii, din raţiuni încă obscure, nu sunt omogene. În primul rând, persoanele în vârstă sunt foarte diferite. Nu suntem egali în faţa îmbătrânirii. Şubrezirea merge mână în mână cu sănătatea şi numeroase cercetări sunt consacrate la ora actuală unei mai bune înţelegeri a acestei eterogenităţi a vârstnicilor. Apoi, nu toate organele şi funcţiile noastre psihologice îmbătrânesc în acelaşi ritm. Unele rezistă îmbătrânirii, ba chiar se dovedesc mai performante cu vârsta, în timp ce altele se deteriorează sau suferă chiar un proces patologic.

2.2.1. Modificări

Îmbătrânirea populaţiei globului din ultimul timp a condus la dezvoltarea unor politici şi programe speciale de îngrijire a bătrânilor, la o altă viziune asupra morţii. Limita de vârstă înregistrată este de 120 de ani. Înţelegerea procesului de îmbătrânire impune o perspectivă multidisciplinară. Viziunea bio-psiho-socio-culturală, corelată cu ciclurile vieţii, scoate în evidenţă aspectele cele mai semnificative ale procesului de îmbătrânire. Modificările apar la nivelul factorilor:

- interpersonali (reţeaua socială, mediul social în care trăieşte

individul şi deprinderile de comportament şi comunicare interpersonală);

- intrapersonali (caracteristici personale de funcționare: vârstă, sex, ereditate, sistem nervos, personalitate, inteligență, motricitate, sistem senzorimotor etc.);
- biologici şi fizici (influențele unor boli cronice, incapacități, boli cardio - vasculare, diabet, cancer, boala Alzheimer, care afectează aproximativ 10% din populația de peste 65 de ani etc.);
- ciclurile vieții, văzute în relație cu momentul istoric al sistemului sociocultural.

Îmbătrânirea poate fi considerată sub trei aspecte (Cavanaugh, Blanchard-Fields, 2002): *îmbătrânirea primară*, care vine în mod firesc, după perioada adultă, fără a fi legată obligatoriu de stări de alterare a sănătății ; *îmbătrânirea secundară*, caracterizată prin schimbări provocate de boli, de stilul de viață, precum şi schimbări de mediu care aduc un risc de atingere a stării de sănătate a oamenilor (de exemplu: poluarea sau radioactivitatea etc.); *îmbătrânirea terțiară*, constând în pierderile rapide care se produc în perioada de dinaintea morții.[27]

Modificări fizice şi fiziologice:[28]

Din punct de vedere fizic, schimbările pielii, care se ridează şi îşi pierde elasticitatea, ale părului, ce albeşte, ale vocii, care îşi pierde din forță, sunt evidente imediat şi atrag încadrarea individului în grupul populației bătrâne. Dar şi corpul, considerat în totalitate, se schimbă. Astfel, modificările oaselor determină o scădere în înălțime, însoțită de o creştere în greutate, urmată, într-o perioadă mai târzie, de o scădere a greutății. Volumul muşchilor şi al masei osoase scade. Pot apărea boli specifice, cum ar fi osteoartrita şi artritele reumatismale, care scad capacitatea persoanei de a face față cerințelor vieții într-un mod autonom. Scăderea forței fizice şi a elasticității articulațiilor are drept consecință o diminuare a încrederii în sine a persoanei, care se simte, astfel, devalorizată, căzută pe un plan secund.

Funcțiile vitale suferă schimbări considerabile. Sistemul cardiovascular este afectat de pierderea elasticității pereților vaselor de sânge, dar şi de modificări ale muşchiului inimii. În jurul inimii, ca şi în interiorul vaselor sangvine, apar depozite de grăsime care generează boli cardiovasculare. Sistemul respirator este afectat de scăderea capacității vitale (cantitatea de aer ce poate fi adusa în

27 Muntean Ana, *op. cit.,* p.421;

28 Ibidem, p.422

plămâni prin inspir) şi a eficienței schimburilor de oxigen şi bioxid de carbon. Boli cauzate de obstrucționări pulmonare cronice se leagă, adesea, de fumat. Bronşitele cronice devin tot mai frecvente odată cu avansarea în vârstă.

Sistemul reproductiv involuează. Femeile îşi pierd fertilitatea, ovulația încetează şi se instalează menopauza. Apar simptome specifice, cum ar fi bufeurile, dar şi modificări ale organelor genitale. Este însă interesant faptul că trăirea acestor stări e descrisă în mod diferit de femei aparținând unor culturi diferite. Unul dintre miturile legate de bătrânețe este acela al scăderii dorințelor sexuale. Libidoul persistă, deşi comportamentele sexuale se modifică atât la femeie, cât şi la bărbat.

Sistemul nervos suferă modificări de structură (Cavanaugh, Blanchard-Fields, 2002), evidențiate în tomografiile computerizate, înregistrările prin rezonanța magnetică şi tomografiile realizate prin emisie de pozitroni. Axonii îşi modifică eficiența, unii neuroni îşi pierd dendritele odată cu avansarea în vârstă, în vreme ce alții dezvoltă noi dendrite. Neuronii alterați sau care mor sunt, uneori, înconjurați de proteine, formând plăci neuronale. Plăci largi şi numeroase de acest tip se asociază cu boala Alzheimer. Nivelul neurotransmițătorilor scade, iar aceste scăderi sunt asociate cu boli specifice: Parkinson, Alzheimer, Huntington. Sistemul nervos

autonom îşi pierde şi el eficiența. Aceasta situație determină tulburări în reglarea termostatică (bătrânilor le este frig şi nu înregistrează cu acuratețe schimbările de temperatură). Se schimbă şi ritmul circadian şi apar tulburări de somn. Sunt necesare măsuri de diminuare a cantități de cofeină, evitarea somnului diurn etc. Schimbările creierului, chiar dacă nu conduc la senilitate, provoacă modificări de comportament şi ale proceselor memoriei.

Sistemul imunitar îşi modifică funcționarea. Pot apărea manifestări de autoimunitate în care sistemul imunitar pare a se autoataca (Cavanaugh, Blanchard-Fields, 2002). Vorbim de o psihoneuroimunologie care se bazează pe interacțiunea dintre sistemul psihic, cel neurologic şi cel imunologic, ce diminuează sau măreşte vulnerabilitatea individului față de boli.[29]

Modificări psihice[30]:

Relaționarea noastră la ambient, la ceilalți şi la noi înşine, adică viața noastră psihică, începe şi este menținută prin senzații ce reprezintă echivalentul psihic al informațiilor. Modul în care prelucrăm informația, o receptăm şi o procesăm depinde de calitățile atenției: selectivitatea, capacitatea de menținere a atenției

[29] Ibidem, p.422-423
[30] Ibidem, p.423-424

concentrate şi câmpul sau volumul atenţiei.

Sistemul senzorial, atât sub aspectul acuităţii senzaţiilor, cât si al rapidităţi şi eficienţei procesării informaţiei, se modifică. Structura ochiului se schimbă, capacitatea de adaptare la schimbările de luminozitate scade, cantitatea de lumină ce pătrunde la retină se diminuează, ca şi capacitatea de ajustare şi concentrare a vederii, generând presbitismul specific vârstei a treia. Selectivitatea atenţiei vizuale este în scădere. Localizările pe baza unor itemi vizuali sunt mai dificile.

Auzul se modifică, frecvenţele înalte fiind mai greu de înregistrat. Acest lucru poate conduce la tulburări în comunicarea cu ceilalţi. Expunerea la zgomote puternice, de durată poate accelera pierderea auzului. Schimbarea atenţiei auditive, de la o sarcină la alta, este alterată de vârstă.

Apar modificări ale sensibilităţii tactile, de înregistrare a schimbărilor de temperatură ţi a durerii. Stările de vertij, provocând căderi, sunt comune la bătrâni, ceea ce duce la modificări ale mersului. Căderea în casă se petrece destul de frecvent şi cu consecinţe de o gravitate variabilă. Aceste căderi au drept cauză modificările senzoriale şi fiziologice.[31]

Se pare că gustul nu se schimbă prea mult, în vreme ce mirosul

[31] Ibidem, p.424

se diminuează rapid după vârsta de 60 de ani. Cum mirosul şi gustul sunt strâns legate în funcționarea lor, modificarea mirosului generează schimbări în preferințele alimentare.

Atenția este afectată de înaintarea în vârstă. Dintre calitățile cunoscute ale atenției, descriem în continuare câteva modificări care apar, privind: selectivitatea şi volumul.

În ceea ce priveşte capacitatea de *selecție* a atenției, bătrânii au performanțe mai scăzute în localizarea vizuală a țintelor. Persoanele în vârstă întâmpină dificultăți mai mari în a filtra informația şi a o inhiba pe cea care nu este relevantă. În privința *volumului* atenției, persoanele în vârstă au performanțe asemănătoare cu ale tinerilor în capacitatea de a-şi extinde câmpul atenției de la o zonă restrânsa la una mai largă, dar capacitatea atenției la persoanele în vârstă nu ajunge la performanțele tinerilor.[32]

Timpul de reacție înseamnă rapiditatea răspunsului la stimul. Persoanele mai în vârstă sunt mai lente. Această caracteristică este recunoscută de mulți gerontologi ca fiind singura clar dovedită. Cu cât răspunsurile care se cer sunt mai complexe, cu atât se înregistrează o diferență mai mare între persoanele în vârstă şi cele tinere. Diferența apare şi în rapiditatea inițierii reacției. Încetinirea timpului de reacție (citirea semnelor de circulate, înregistrarea rapidă a acestora pe timp

[32] Ibidem, p.424

de noapte, înregistrarea unor semnale speciale, desfăşurarea diferitelor operații) odată cu vârsta conduce la obligativitatea examinărilor periodice a capacității de conducere a vehiculelor, în cazul persoanelor în vârstă care dețin permis de conducere.

Şi ***limbajul*** suferă modificări. Înțelegerea limbajului scade considerabil după vârsta de 80 de ani. Capacitatea de recunoaştere şi discriminare a vorbirii scade odată cu avansarea în vârstă. Cu cât i se vorbeşte mai repede, cu atât persoana în vârstă va distinge va înțelege mai puțin. S-ar părea că numărul asociațiilor care se fac în legătură cu o nouă informație nu scade cu vârsta (Cavanaugh, Blanchard-Fields, 2002).

Ceea ce apare însă evident în producțiile lingvistice este scăderea capacității de a ține seama de factorii contextuali în procesul de încordare a informației.

Memoria este, probabil, domeniul cel mai intens afectat de vârstă. Schimbările în eficiență ale memoriei afectează funcționarea de zi cu zi a omului. Memoria nu este afectată global, ci, ca şi în cazul persoanelor deficiente, apar aspecte neomogene de afectare a memoriei, ceea ce face ca în unele domenii atingerile să fie mari, iar în altele abia sesizabile. Teste neuropsihologice, urmărind evaluarea relațiilor dintre creier şi comportament, evaluează aspectele funcționării cognitive, a memoriei, a atenției, a rezolvării

problemelor.

Apare o scădere a vitezei de memorare, de încordare a noilor informații şi un risc mai mare de interferență a noilor informații cu cele mai vechi, conducând la antrenarea persoanelor în vârstă cu confuzii, în cazul unui deficit de vitamina B12, al consumului exagerat de alcool sau medicamente şi droguri. Bolile specifice, cum ar fi: depresia, demența etc., se asociază cu pierderi ale calităților proceselor memoriei.[33]

Memoria autobiografică, de lungă durată, pare afectată sub aspectul povestirii amintirilor, dar nu şi al recunoaşterii. Verificarea memoriei autobiografice este dificilă. Unele informații rămân nealterate pe durate lungi, în vreme ce alte aspecte se şterg.

Înmagazinarea* şi *reactualizarea arată cele mai mari scăderi în performanțe, comparativ cu persoanele tinere. Scăderea performanțelor este mai intensă la reactualizare şi atinge predominant anumite componente. Persoanele mai în vârstă sunt mai lente în a face legătura între noii stimuli şi cei deja memorați, dar, dacă aceste legături li se sugerează, ele vor avea performanțe de reactualizare asemănătoare cu ale tinerilor. Când sunt informații cu caracter general, persoanele în vârstă au performanțe la fel de bune ca şi tinerii în procesul de reactualizare. Când sarcinile au însă un

[33] Ibidem, p.425

caracter mai specific, apar diferențe în defavoarea persoanelor în vârstă.

Capacitatea de autoevaluare a performanțelor suferă si ea, sub anumite aspecte, odată cu trecerea anilor. În general, persoanele în vârstă consideră că memoria lor reține mai slab, se așteaptă că eficiența să diminueze cu vârsta şi cred că îşi pot controla mai puțin procesele memoriei. Au probleme mai ales în a-şi aminti numele persoanelor. Îşi amintesc însă la fel de bine ca şi tinerii dacă au anumite întâlniri importante sau date limită pentru a face anumite lucruri. Dacă li se cere să facă o estimare a eficienței cu care vor realiza o sarcină nouă, au, în general, tendința de a se supraestima. Dacă ştiu însă despre ce fel de sarcină este vorba sau au ocazia să facă un exercițiu preliminar, se apreciază la fel de bine ca şi tinerii. Putem spune totuşi că, în absența unei patologii, scăderea performanțelor memoriei nu împietează asupra vieții de zi cu zi a persoanelor în vârstă. Contextul social în care comunică poate servi ca facilitator în funcționarea memoriei persoanelor în vârstă. Dacă este însă vorba despre o demență senilă sau alte tulburări fizice ori mentale (tulburări de nutriție, depresie, consum de medicamente), performanțele memoriei vor fi afectate.

Definiția larg acceptată a ***inteligenței*** arată că aceasta se referă la capacitatea de a rezolva probleme şi la abilitățile verbale şi

sociale. Se evidențiază un declin al unor abilităţi intelectuale (de exemplu: abilitățile academice), dar şi o creştere a unor abilități pragmatice, ținând, adesea, de ceea ce numim popular înțelepciune. Nu toți bătrânii devin însă înțelepți. Altfel spus, înțelepciunea este ca o intuiție excepțională a naturii umane, a vieții, o judecată corectă asupra desfăşurării evenimentelor, capacitatea de a da sfaturi folositoare şi de a face comentarii corecte şi detaşate asupra dificultăților vieții. Înțelepciunea ține de maturitate, de integrarea şi stăpânirea aspectelor emoționale şi de experiență; desigur, înțelepciunea presupune şi prezervarea abilităților de procesare a informației.[34]

Experimentele longitudinale asupra abilităților de orientare spațială, a fluenței, a sensului cuvintelor, a numărului şi a raționamentului inductiv demonstrează că deteriorarea lor, scăderea performanțelor încep să se instaleze abia după vârsta de 60 ani, deşi devin evidente abia după 70 de ani. Ca şi în cazul memoriei, nu toate ariile inteligenței sunt atinse în mod egal.

În adoptarea deciziilor, persoanele în vârstă nu caută prea multă informație şi tind să se bazeze pe ceea ce ştiu deja. Când sunt nevoiți să fie creativi sau inventivi în deciziile lor, în locuri, zone mai puțin cunoscute de ei, bătrânii au performanțe mai slabe. Capacitatea de

[34] Ibidem, p.426-427

rezolvare a problemelor, aflată în creştere la vârsta adultă, începe să scadă la bătrânețe. Aspectul emoțional al problemei, atât de important în aflarea soluției, influențând stilul de abordare a problemei, devine mai puțin important în cazul persoanelor în vârstă. Devenind experte în anumite domenii, persoanele în vârstă compensează declinul intelectual din alte domenii.

Studii longitudinale extinse pe o perioada de treizeci de ani arată că trăsăturile de ***personalitate*** rămân aproximativ constante între 20 şi 90 de ani. Alte cercetări au arătat schimbări legate de: încrederea în sine, angajarea în sarcini cognitive, exteriorizări, căldură în relația cu ceilalți. Dar aceste schimbări apar mai ales legate de ciclurile vieții, şi nu de modificările aduse de îmbătrânire. Aşadar, personalitatea se schimbă doar în legătură cu anumite situații specifice. Unii autori susțin că schimbările de personalitate apar atunci când indivizii au nevoie de ele şi sunt interesați să le realizeze. Putem spune că personalitatea, la vârste avansate, se caracterizează atât prin stabilitate, cât şi prin schimbare.

Considerând cele şase aspecte ale bunăstării (Cavanaugh, Blanchard-Fields, 2002): stima de sine, relațiile pozitive cu ceilalți, autonomia, stăpânirea mediului, existența unor scopuri în viață şi dezvoltarea personală, putem spune că bătrânii tind să îşi vadă trecutul într-o lumină mai bună decât tinerii. De asemenea, sunt mai

îngăduitori în a-şi evalua atingerea idealului de viață. Religia devine, mai ales în unele culturi, un sprijin important al persoanelor în vârstă.

Uneori, se vorbeşte despre criza de la mijlocul vieții. Cercetătorii au arătat că nu există o astfel de criză, ci mai degrabă o reevaluare periodică a vieții, pe care şi-o face fiecare persoană. Aceste reevaluări nu sunt momente fixe în viețile tuturor indivizilor, ci fiecare are propriile momente, în ritmul propriu.[35]

Modificări în contextul social

Pensionarea produce o criză. Identitatea individului este puternic influențată de ocupația pe care o are. Pensionarea ar trebui să se facă în funcție de starea de sănătate a individului, statusul financiar şi atitudinea față de pensionare. Pensionarea este un stres care afectează viața familiei, relațiile cu prietenii, cu comunitatea. Rețeaua socială este un important factor de protecție împotriva stresului pensionării. Majoritatea celor care nu doresc să se pensioneze au această atitudine datorită dorinței de a mai câştiga bani.

A fi bunic(ă) este o sursă importantă de identitate pentru persoanele în vârstă. Dar rolul de bunic(ă) este jucat în mod diferit, în

[35] Ibiden, p.428-429

funcție de starea individului şi de cultura căreia îi aparține. După Cavanaugh şi Blanchard-Fields (2002), există bunicul/bunica formal(ă), amuzat(ă), distant(ă), surogat de părinte şi depozitar(ă) a(l) înțelepciunii familiei. În general, relația cu nepoții este mai strânsă sub vârsta de 10 ani a nepoților. Peste această vârstă, relația mai slăbeşte.

Un eveniment traumatic al acestei vârste este **văduvia**. În societățile industrializate, văduvia este trăită de aproximativ 65% dintre femei şi doar 15% dintre bărbați. Diferența aceasta este dată de diferența de longevitate dintre femei şi bărbați, precum şi de tendința femeilor de a se căsători cu bărbați mai în vârstă. Suferința femeilor la dispariția soțului depinde de tipul de relație pe care l-a avut cu acesta în timpul vieții, precum şi de gradul ei de autonomie în timpul căsniciei. Se consideră că văduvia bărbaților este mai dificilă decât a femeilor. Pe măsură ce stereotipurile sociale de gen se schimbă însă şi bărbații se implică mai mult în treburile casnice, ei devin mai capabili să se ajusteze la situația de văduvie.

Studiile arată însă că, în general, bărbații au o anxietate mai mare față de moartea soției decât au femeile. Pe de altă parte, toate studiile arată că bărbații au mai multe oportunități de a se recăsători, când sunt văduvi, decât au femeile.[36]

[36] Ibidem, p. 431

2.2.2. Aspecte privind deficiențele corelate cu bătrânețea

Am dezvoltat mai sus o imagine pozitivă a bătrâneții. Dar dacă bătrânețea poate fi o fază reuşită a vieții, având în vedere că se află în mare parte sub controlul individului, ea poate fi şi un veritabil naufragiu. Numeroase familii se confruntă cu durerea de a avea o rudă bătrână şi bolnavă. Creşterea numărului de persoane vârstnice a dus la apariția unei noi probleme a societății, cea a psihopatologiei bătrâneții extreme, o veritabilă provocare pentru secolul XXI.

Există trei tulburări mentale care domină literatura de specialitate referitoare la persoanele de vârsta a treia : depresia, delirul şi demența. Evaluarea acestora se face prin: interviu, autodescrieri, descrieri ale altora, din jurul persoanei evaluate, evaluare psihofiziologică, observare directă şi evaluarea performanțelor.

Depresia[37] este o stare cu severitate variabilă. Un număr tot mai mare de persoane de toate vârstele îi cad victime. Având în vedere tendința de creştere a numărului de vârstnici, depresia pentru această grupă de vârstă a devenit o problemă socială. Ea se exprima cel mai adesea prin două tablouri clinice: starea depresivă majoră şi tulburarea maniaco-depresivă. A distinge starea depresivă majoră de starea

[37] Fontaine, Roger, op.cit. p.186

depresivă banală este practic imposibil. Este o chestiune de grad. Ceea ce numim în mod obişnuit „gânduri negre", cărora cu toții le-am fost victime, nu poate fi considerat depresie gravă. Dar în toate cazurile persoanele depresive manifestă schimbări cognitive şi comportamentale caracteristice. Ele sunt apatice, demotivate şi sensibile doar la faptele negative din viața lor, ceea ce creează un feedback de întărire a stării lor. Aceste persoane au adesea idei suicidare, uneori puse în practică. Tulburarea devine majoră atunci când starea durează mai mult de câteva săptămâni. Simptomele sunt în acest caz următoarele: insomnie, letargie, anorexie, izolare socială, puternică degradare a stimei de sine, sentiment de externalitate. Femeile cad victime depresiei de două ori mai mult decât bărbații.

Starea depresivă este frecventă indiferent de categoria de vârsta avută în vedere. Dacă 15-20% din populație prezintă simptome depresive, starea depresivă majoră nu vizează decât 2-5% dintre persoane. O idee răspândită este aceea că procentajul de depresii grave creşte după vârsta de 65 de ani. Anchetele nu par să confirme această idee preconcepută. Potrivit lui Blazer *et al.* (1987), doar 1 % dintre persoanele de peste 60 de ani sunt sever depresive. Nolen-Hoeksema (1988) raportează 4% depresii grave, însă la tineri. Se pare deci, conform acestor anchete, că depresia este un fenomen important la persoana vârstnică dar nu este deloc specifică acestei grupe de vârstă şi nu creşte după vârsta de 60 de ani. Dacă

numărul cazurilor de persoane vârstnice consultate pentru depresie creşte, cauza este sporirea numărului global de persoane vârstnice. Pe de altă parte, trebuie notat faptul că în anchete sunt interogate doar persoanele care nu manifestă simptome demențiale, ceea ce, evident, creează un tablou al situației un pic deformat.

Tratarea depresiei: depresia este boala psihiatrică cel mai bine tratată. Dintre numeroasele tratamente, vom aminti doar câteva de natura farmacologică şi psihoterapeutică. Se ştie că, din punct de vedere neurofiziologic, depresia este legată de o anomalie în funcționarea a două sisteme de neurotransmițători, serotonina şi noradrenalina. Un neurotransmițător este o substanță sintetizată de neuron la nivelul terminațiilor sale şi care permite transmiterea influxului nervos.

Numeroase boli neurologice sunt provocate de probleme ale neurotransmițătorilor. Sunt utilizate două tipuri de medicamente: antidepresivele şi inhibitorii. În 1986, pe piață a aparut o nouă categoric de antidepresive, al căror reprezentant cel mai cunoscut este Prozacul®, cu efecte secundare minore. Pe de altă parte, sărurile de litiu sunt deseori folosite pentru a controla faza maniacală a psihozei maniaco-depresive.

De câțiva ani încoace, au apărut noi forme de psihoterapie în tratarea depresiilor, în special. Aceste noi modalități de îngrijire sunt numite terapii cognitive. Ele se bazează pe trei ipoteze (Beck *et al.,* 1979;

Andre, 1995). În primul rând, dificultățile noastre psihologice sunt provocate nu de evenimentele din viață, ci de reprezentarea pe care ne-o formăm asupra lor. Tulburările noastre psihologice sunt deci inerente stilului nostru de gândire. Apoi, este posibil să ne modificăm stilurile de gândire, ceea ce antrenează modificări în comportamentele şi emoțiile noastre. Terapeutul, interacționând activ cu pacientul, îl ajută pe acesta să construiască noi reprezentări mai pozitive, acționând astfel asupra relației lui cu lumea. Aplicarea acestui tip de terapie la persoane vârstnice depresive pare să dea rezultate pozitive (Beutler*et al.*, 1987).[38]

Suicidul[39] este consecința unei stări depresive căreia individul decide să-i pună capăt definitiv. Sinuciderea este mai frecventă la bărbați decât la femei.

Creşterea numărului de sinucideri în majoritatea țărilor industriale pare să fie provocată de o lipsă de integrare socială a unor grupuri. De altfel, se sinucid mai mulți oameni în țările bogate decât în cele sărace, care au păstrat adesea structuri sociale tradiționale (în special familia) ce evită excluderea unei părți a populației.

Examinarea statisticilor indică două categorii de persoane vizate în mod deosebit. Este vorba despre tineri şi vârstnici. Din 1950, numărul

[38] Ibidem, p.188-189
[39] Ibidem, p. 190

sinuciderilor la tinerii de 15-19 ani s-a triplat în Statele Unite. Dacă fenomenul a fost observat mai întâi în Statele Unite, el se constată acum şi în Europa, în special în Germania şi Franța. În consecință, rata de sinucideri la aceasta categoric de vârstă a devenit comparabilă cu cea a populatei globale. Este o problema socială îngrijorătoare care necesită vigilența, pentru a detecta la tinerii în pericol indicii prevestitoare ale unui act ireversibil.

„La vârstnici, rata este de asemenea foarte ridicată, dar fenomenul nu este nou. El prezintă aspecte diferite, în funcție de țară. În Statele Unite, cel mai frecvent se sinucid bărbații albi de peste 65 de ani, în timp ce femeile albe şi vârstnicele de rasă neagră prezintă o rată de suicid mai scăzută. În schimb, în Japonia, cei de peste 75 de ani se sinucid de cinci ori mai mult decât cei de 15-24 de ani, iar în Franța, de şase ori mai mult. În Franța, rata este de circa 30 la 100.000".

Anumite aspecte merita sublimate. Mai întâi, la tineri se constata o sinucidere la şapte tentative eşuate. În schimb, la vârstnici se observă opt sinucideri la o tentativă ratată. Această inversiune este deosebit de elocventă. În cazul tinerilor, tentativa de sinucidere este de foarte multe ori un strigat de ajutor care nu semnifică o reală dorință de moarte. La vârstnici, în majoritatea cazurilor, este vorba de o voința reală de a-şi pune capăt vieții (Osgood, 1985). Apoi, jumătate dintre bărbații vârstnici suicidari şi o treime dintre femei sunt atinse de boli grave, îndeosebi

cancere sau patologii ale creierului (Whitlock, 1986). În fine, suicidul la vârstnici este deseori asocial cu o stare depresivă consecutivă morții partenerului de viață.

Delirul caracterizează tulburările de conştientizare. Poate apărea şi ca un efect secundar al unei medicații, dar şi ca urmare a unei intoxicări (de exemplu, cu alcool). În general, sunt stări care pot fi tratate cu succes.

Demența[40] se referă la o multitudine de simptome. Riscul de demență creşte odată cu vârsta. Boala Alzheimer este forma comună, progresivă de demență, reprezentând cam 70% din cazurile de demență la bătrâni. În general, se caracterizează prin deficit cognitiv şi comportamental, implicând anumite deteriorări ireversibile ale creierului. Se manifestă prin scăderi ale performantei memoriei, incapacitate de învățare, scăderi ale atenției, inconsecvențe în raționamente, dezorientări spațio-temporale, dificultăți de găsire şi utilizare a cuvintelor, scădere a îngrijirilor personale, comportamente sociale inadecvate, schimbări de personalitate. La început simptomele menționate sunt vagi, dar în timp se agravează, deşi există mari diferențe de la un individ la altul.

Există şi alte forme de demență, cum ar fi dementa vasculară, ce apare în urma unor accidente vasculare cerebrale. Boala

[40] Muntean, Ana, op.cit, p.430

Parkinson (probleme motoare care creează dificultăți la mers, mişcări mari şi un tremor permanent) se însoțeşte într-o proporție de 14-40% de demență. Boala Huntington, care debutează între 35 şi 50 de ani, se însoțeşte de tulburări psihiatrice, cum ar fi : halucinații, paranoia, depresie, schimbări bruşte de stare umorală. Tulburările cognitive apar mai târziu. Se descrie, la persoanele în vârstă, şi o demență care însoțeşte SIDA şi care include tulburări cognitive şi motoare.

Alte tulburări mentale specifice sunt : tulburările de anxietate, tulburările psihotice, abuzul de substanțe (mai ales de medicamente).

2.2.2.1. Boala Alzheimer[41]

Numele acestei maladii provine de la numele medicului Alzheimer, care a descris pentru prima dată tabloul clinic al bolii într-un articol publicat în 1907 şi intitulat ,,O boala caracteristică gravă a cortexului cerebral". Această descriere se bazează pe cazul unei paciente, Auguste D., în vârstă de 51 de ani, aflată la începutul demenței. Ea este prezentată ca extrem de geloasă pe soțul ei, paranoică, suferind de un deficit mnezic important, dezorientată în

[41] Fontaine, Roger, op.cit. p.192-201

plan spațio-temporal şi deplasând obiecte în apartamentul său pentru a le ascunde fără un motiv aparent. A murit la patru ani şi jumătate de la spitalizare. Cercetările şi observațiile lui Alzheimer l-au condus la concluzia că este vorba despre o formă deosebit de gravă de demență senilă ce poate apărea înainte de 50 de ani. Dacă boala Alzheimer este descrisă la origine ca o demență pre senilă (survenind înainte de 60 de ani), se admite acum gruparea formelor sale pre senile şi senile sub terminologia generală de ,,demențe de tip Alzheimer" (DTA).

"Boala Alzheimer este demența cea mai frecventă. Ea reprezintă 45% din sindroamele demențiale şi 75% din demențele ireversibile. În Statele Unite, există două milioane şi jumătate de bolnavi de Alzheimer, iar în Franța, numărul lor este în jur de 350.000. Dar, în pofida progreselor în stabilire a diagnosticului, este imposibil de realizat o statistică riguroasă.

Frecvența este proporțională cu gradul de îmbătrânire a populației. Astfel, în China, țară încă tânără, doar 0,6% dintre indivizii de peste 65 de ani suferă de această boală, în timp ce în statul american Massachusetts rata urca la 10,3%. La nivel european, Eurodem a reunit statisticile dintre 1980 şi 1990 din 12 centre de culegere a datelor.

Femeile par să fie atinse în număr mai mare decât bărbații,

însă aceasta se datorează probabil longevității lor mai mari. Speranța de viață a unui pacient suferind de Alzheimer este în prezent cuprinsă între cinci şi zece ani."

Simptomatologia DTA, prezintă tablouri clinice multiforme, în special în faza de instalare. Ele se pot manifesta la început prin tulburări variate, foarte frecvent de natură mnezică, sau prin tulburări umorale de natură depresivă sau empatică şi uneori chiar prin simptome de tip psihotic (de pildă, o gelozie exacerbată). Treptat, în faza de dezvoltare a demenței, disfuncțiile se generalizează la ansamblul funcțiilor cognitive.

Dacă ansamblul simptomelor descrise este mai mult sau mai puțin prezent, în funcție de caz, se constată totuşi aspectul global al tabloului clinic. Toate funcțiile cognitive sunt afectate şi diagnosticul este dificil de stabilit pentru că boala se instalează progresiv.

Tabelul 9.2. Tablou clinic al simptomelor bolii Alzheimer[42]

Tip de tulburări	Simptome
Tulburări mnezice	Memoria de lucru: declin foarte puternic. Memoria episodică: - reactualizare liberă: scădere dramatică a performantelor; - recunoaştere: creştere puternică a falselor recunoaşteri;

[42] Ibidem, p.194

	- reactualizare indicială: efect foarte atenuat al indicării . Memoria semantic: scădere abruptă a performanțelor în sarcini de numire de obiecte, de completare de fraze sau de categorizare.
Tulburări praxice (tulburări ale gesturilor voluntare sau apraxie)	Incapacitate de a produce un gest la comandă sau după model. Incapacitate de a reproduce un desen. Incapacitate de a se îmbrăca. '
Tulburări ale limbajului vorbit şi scris (afazie)	Pierdere de vocabular. Pierderea sintaxei. Incomprehensiune .
Tulburări vizuo-spațiale	Pierderea orientării spațiale. Dificultate de identificare vizuală (recunoaşteri ale fetelor şi locurilor).
Tulburări ale funcțiilor executive	Tulburări de judecată. Incapacitate de a-şi recunoaşte starea (tulburare a metacogniției). Dificultate de a-şi programa comportamentul.
Tulburări psihoafective	Schimbare de personalitate. Tulburări umorale. Derive psihotice (paranoia, delir etc.). Pierderea simțului moral.

Singurul **diagnostic** definitiv nu poate fi pus decât post-mortem, la autopsia creierului. Înainte de a intra în faza de stare,

pacientul traversează o fază de instalare ce debutează printr-o perioadă intraclinică în timpul căreia simptomele pot fi puțin diferite de cele observate la vârstnicul normal. Astfel, tulburările mnezice vizând memoria de lucru şi memoria episodică sunt observate în cursul îmbătrânirii normale şi nu sunt deci specifice DTA. Charcot, marele neurolog francez, considera că nu există ruptură între îmbătrânirea normală şi stările demențiale, ci un continuum şi o diferență de grad. Un semnal de alarmă important vine din partea anturajului. Ca urmare a tulburării judecății, pacientul pierde conştiința stării sale, doar apropiații fiind atunci apți să declanşeze preluarea lui în asistența medicală.

Ce arata autopsia creierului? .

Două tipuri de anomalii, descrise deja de Alzheimer, sunt observate sistematic. Prima este înmulțirea plăcilor senile, iar a doua, degenerescența neurofibrilară. Plăcile senile sunt structuri sferice constituite dintr-un nucleu de proteine şi prelungiri nervoase anormale. Ele sunt observate, deşi în număr mult mai mic, şi în creierul unor persoane vârstnice normale.

Degenerescența neurofibrilară este o invadare a unor neuroni de către un material fibrilar care se acumulează sub formă de mănunchi sau de ghem. Se observă în numeroase boli degenerative, dar şi în cvasitotalitatea hipocâmpilor (structura nervoasă internă

puternic implicată în activitățile mnezice) persoanelor vârstnice care nu manifestă simptome demențiale. S-ar părea deci că degenerescența neurofibrilară nu este o leziune specifică bolii Alzheimer, ci un indiciu al morții neuronului.

Legăturile ce pot exista între apariția plăcilor senile şi degenerescența neurofibrilară determinată de moartea neuronală fac în prezent obiectul cercetărilor şi al discuțiilor. Înțelegerea bolii Alzheimer în planul biochimiei neuronale; deşi a progresat mult în ultimii ani, rămâne incertă sub multe aspecte.

Prevenirea şi tratarea

În plan preventiv, unele studii atestă o legătură între nivelul studiilor, nivelul socioprofesional şi riscul de dezvoltare a unei DTA. Acesta este mai ridicat la indivizii cu un nivel de studii sau socioprofesional scăzut. Interpretarea unui astfel de rezultat este delicată. Se poate presupune că persoanele instruite dispun de mai multe resurse cognitive, ceea ce le permite o optimizare selectivă mai eficientă pentru a masca mai multă vreme sau pentru a compensa deficiențele care însoțesc dezvoltarea demenței. Mai surprinzător este faptul că, din cât se pare, consumul de alcool scade riscurile. Un consum zilnic de un sfert până la jumătate de litru de vin pare să fie asociat cu o diminuare a riscului. În sfârşit, în ceea ce priveşte prevenția, în cazul femeilor, se pare că tratamentele

hormonale ale menopauzei pot juca un rol protector față de apariția demențelor.

În plan curativ, lupta farmaceutică este acerbă. Boala Alzheimer reprezintă o piață considerabilă şi în continuă expansiune. Două tratamente sunt disponibile la ora actuală. Primul, tacrina, a apărut în Statele Unite în 1993 şi este autorizat în Franța din 1994. Este distribuit sub numele de Cognex®. Acțiunea sa permite atenuarea diminuării unui anumit neurotransmițător, acetilcolina. Din 1997, a apărut un concurent al tacrinei, Aricept®. Dacă structura sa este diferită, principiul activ este identic cu cel al tacrinei. Avantajul acestui medicament este toxicitatea scăzută. Cu toate acestea, în prezent, tratamentele disponibile încetinesc instalarea bolii fără a o vindeca, pentru că nu se ocupă de cauzele demenței, care rămân destul de obscure.

Boala Alzheimer este un naufragiu lent şi inexorabil al ființei umane. Tratamentele farmacologice nu atenuează decât simptomele. Speranța de viață a unui bolnav este cuprinsă între cinci şi zece ani. În cursul acestei lungi degradări, pacientul îşi pierde treptat autonomia, ceea ce ridică dificila problemă a preluării sale în asistență. Pacientul prezintă simptome ce atesta un risc pentru persoana sa şi a altora. Se poate aminti cazul unei femei de 75 de ani care confunda un foarfece cu o cutie de chibrituri. Când i se cerea să

taie o foaie de hârtie, ea scăpăra un chibrit şi dădea foc hârtiei. Familiile nu-şi pot asuma singure, fie din raţiuni medicale, fie financiare, responsabilitatea îngrijirii bolnavilor lor. Se pune aici o dificilă problemă de solidaritate intergenerațională.

Concluzie :

Dacă bătrânețea poate fi un moment de înflorire, ea poate fi însoțită şi de tulburări psihopatologice grave. Dintre acestea, stările depresive şi boala Alzheimer sunt cele mai frecvente. În forma lor paroxistică, stările depresive pot conduce la suicid, a cărui frecvență este cea mai ridicată la vârstnicii de peste 65 de ani. Este vorba totuşi de sindroamele cel mai bine tratate în clinica psihiatrică. Spre deosebire de tulburările depresive, boala Alzheimer este la ora actuală incurabilă, fiind asociată cu leziuni cerebrale ireversibile, în pofida progreselor farmacologice. Persoana îşi pierde treptat autonomia şi demnitatea, ceea ce pune întregii societăți problema dificilă şi dureroasă a preluării în îngrijire a bătrânilor noştri căzuți victime acestei patologii.

2.3. Moartea şi doliul

Înțelegerea morții, definiția ei şi atitudinea față de ea depind, în mare măsură, de cultura căreia îi aparții. Moartea poate fi văzută ca un mister sau ca o pedeapsă. Din punct de vedere medical, *moartea clinică* se instalează prin absența respirației şi a bătăilor inimii.

Moartea creierului se declară atunci când:

• nu mai apar nici un fel de mişcări spontane la nici un fel de stimul;

• nu mai apare nici o respirație, pe o perioadă de cel puțin o oră;

• lipsesc răspunsurile la stimulii cei mai dureroşi;

• nu mai există o postură, nu se mai realizează gestul de a înghiți, nu mai apar vocalizări

• nu mai apar mişcări ale ochilor, nici clipit, nici modificări ale pupilei;

• reflexele motoare nu mai sunt prezente;

• pe o perioadă de cel puțin zece minute, electroencefalograma e plată;

• la o retestare, după 24 de ore, nu apar modificări în semnele de mai sus.[43]

Pentru a se declara moartea creierului, lipsa de semne şi de activitate trebuie să caracterizeze atât trunchiul cerebral, cât şi cortexul. Există o stare numită ,,stare vegetativă persistentă" (Cavanaugh, Blanchard-Fields, 2002), în care activitatea cortexului a încetat, dar nu şi cea a trunchiului cerebral. Persoana nu îşi revine. Este o stare ce poate rezulta în urma unui traumatism craniocerebral

[43] Muntean, Ana, op.cit.431

sever sau a unei supradoze de droguri.

Complexitatea acestor situații, precum şi dezvoltarea tehnologiei medicale au condus la probleme de etică legate de moarte. Cele mai vii dezbateri au loc în jurul eutanasiei. Eutanasierea poate fi activă - atunci când se pune capăt vieții cuiva, la dorința acestuia, de către *o* persoana care are statutul legal sa o facă - sau pasivă - atunci când persoana este deconectată de la aparatele ce îi mențin funcțiile vitale. Există state unde funcționează o legislație ce asigură o moarte demnă, în baza căreia persoanele suferinde pot solicita o sinucidere asistată. Astfel, în Statele Unite, în Oregon, unde există o astfel de lege începând cu 1994, până în anul 2002, în medie, 15 persoane pe an au făcut uz de aceasta; majoritatea aveau cancer într-un stadiu terminal, iar media vârstei era de aproximativ 70 de ani.

Abia la vârsta adultă individul începe să se gândească la moarte şi să capete un alt sens al timpului trăit. Bătrânii acceptă mai uşor ideea morții, iar dacă sunt bolnavi şi suferă, îşi doresc moartea.

Elisabeth Kubler-Ross (1969) a dezvoltat o teorie privind confruntarea individului cu propria moarte. Teoria prezintă cinci stadii: negarea, mania, răzvrătirea, depresia şi acceptarea.

Moartea ridică patru tipuri de nevoi: nevoi corporate, nevoia

de securitate psihologica, ataşamentul interpersonal şi energia spirituală şi speranța.

Majoritatea oamenilor au o stare de anxietate cu privire la moarte. Diferențele sunt însă foarte mari, în funcție de gen, religiozitate, educație, vârstă. Anxietatea față de moarte este dovedită prin evitarea tuturor lucrurilor ce țin de ea şi de ritualuri mortuare, dar şi prin practicarea unor sporturi periculoase. Există şi moduri mai subtile de manifestare a acestei anxietăți, care conduce la schimbarea stilului de viață, deplasarea angoasei sau moartea profesională. Anxietatea față de moarte poate determina o dorință arzătoare de viață sau o atitudine reflectivă ori nevoia de educație legată de moarte.

În. țările vestice, există servicii medicale speciale, de tipul hospice. Aici, persoana aflată în stadiu terminal este ajutată să facă față durerilor şi să aibă până în ultimul moment o bună calitate a vieții. Clienții sunt, de obicei, bolnavi de cancer sau SIDA ori suferă de boli neurologice severe. Familia păstrează legătura cu ei.[44]

Moartea trebuie anunțată?

Persoana atinsă de o boală incurabilă trebuie informată despre iminența morții sale ? Din ce în ce mai multe familii şi tot mai mulți

[44] Ibidem, p.431-432

medici aleg să-şi informeze pacientul în legătură cu starea sa. Conştientă că-şi trăieşte ultimele momente, persoana traversează atunci o serie de etape sau stadii care au fost foarte bine studiate de psihiatra americana Kubler-Ross. Lucrarea sa publicata în 1969 şi intitulată *On Death and Dying* relatează rezultatele unui studiu efectuat pe baza a doua sute de interviuri ale unor persoane conştiente că au intrat în ultima fază a vieții. În opinia lui Kubler-Ross, psihologia lor s-ar dezvolta după un scenariu in cinci stadii: refuzul, furia, târguiala, depresia şi acceptarea.

După şocul emoțional, persoanele practică adesea negarea sau refuzul. Ele invocă o eroare de diagnostic şi se adresează frecvent altui medic, sperând într-o opinie contrară. Unii se îndreaptă către religie. După acceptarea diagnosticului apare stadiul furiei. ,,De ce eu, în timp ce atâtea persoane rele şi inutile sunt sănătoase, se întreabă. Un sentiment de frustrare şi nedreptate îl poate invada atunci pe muribund, traducându-se uneori prin apariția unor comportamente negative sau chiar răuvoitoare față de ceilalți. Odată trecută aceasta fază, apare stadiul târguielii. Contractul îi poate fi propus lui Dumnezeu sau unei forțe superioare, sub forma : ,,Lasă-mi viața şi voi fi o mama bună, un tată bun etc.". Muribundul poate să-şi piardă în aceasta fază luciditatea. În cazul contrar, apare adesea o stare depresivă : este vorba de al patrulea stadiu. Muribundul poate verbaliza sentimente de tristeje, de culpabilitate sau

de ruşine faţă de boala sa. El îşi poate dori chiar „să se termine odată". În aceasta fază, susţinerea psihologică asigurată de un psiholog sau un psihiatru poate favoriza şi îmblânzi acceptarea morţii. Această acceptare reprezintă ultimul stadiu. Pacientul manifestă detaşare faţă de lume, se abandonează ineluctabilului într-o stare de pace interioară.[45]

Modelul lui Kubler-Ross prezintă un mare interes în planul formării personalului îngrijitor destinat să practice asistența muribundului.

Doliul

Doliul este un proces complex care nu e lipsit de sentimente paradoxale.

În filmul *Pisica,* Signoret şi Gabin joacă rolul unui cuplu de bătrâni învrăjbiți şi dependenți unul de celălalt. Moartea femeii antrenează imediat sinuciderea soțului. Dar văduvul sau văduva pot să se şi bucure şi să încerce un sentiment de eliberare, mai ales în cazul în care partenerul decedat era despotic, în numeroase țări, tradițiile religioase cer ca văduva sau văduvul să poarte semne ostentative de tristețe, falsă sau sinceră. De exemplu, după pierderea soțului, femeia poate purta haine negre pentru tot restul vieții. Aceste tradiții tind să dispară în prezent în țările industriale. În sfârşit, dacă văduvia este ambiguă, doliul după un copil este de cele mai multe ori trăit de părinți

[45] Kubler-Ross, *On Death and Dying,* apud, Fontaine, Roger, op.cit. p.207

ca o profundă nedreptate. Nu rareori se observă un doliu de nedepăşit.

În opinia lui Pincus (1976),[46] procesul de doliu poate fi împărțit în trei faze principale : faza inițială, faza intermediară şi faza de depăşire sau de recuperare.

• *Faza inițială* - Corespunde săptămânilor ce urmează morții. Persoana este şocată şi încearcă sentimente confuze în care se amestecă solitudinea, tristețea şi necredința. Ea este într-o stare depresivă sau semidepresivă, tristețea şi plânsul domină tabloul clinic. Văduvul (a) manifestă fie tristețe şi melancolie, fie necredința, fie negarea (persoana se comportă ca şi cum defunctul ar fi încă în viață).Ea poate pretinde că este mințită. Sub forma sa cea mai acută, negarea se manifestă printr-o pierdere totală a lucidității, care poate induce apariția unui tablou psihiatric grav. Dar, în cele mai multe cazuri, ea joaca un rol protector sau chiar salvator, pentru că, atunci când tristețea este prea puternică, pot apărea comportamente suicidare.

• *Faza intermediara* - Câteva săptămâni după moarte, supraviețuitorul prezintă un pattern psihologic având trei caracteristici şi dovedind că acesta a intrat în a doua fază a doliului, faza intermediară. În primul rând, persoana simte nevoia de a se ,,tocmi" cu moartea prin sentimente de

[46] Apud, Fontaine, Roger, op.cit. p.208

culpabilitate şi responsabilitate. „M-am purtat bine?", „Nu i-am grăbit moartea?", „Am luat deciziile bune?" – acestea sunt întrebările pe care şi le pune. Ele sunt deosebit de crude în cazul în care defunctul s-a sinucis. A doua caracteristică: supraviețuitorul încearcă să înțeleagă de ce persoana iubită a murit. Este vorba despre un travaliu psihologic a cărui finalitate este de a da sens şi de a contextualiza evenimentul dramatic. În sfârşit, a treia caracteristică este căutarea defunctului. I se simte prezentă, este auzit, i se pun tacâmurile la masă. Anumite perioade din an sunt propice reapariției unor sentimente paroxistice şi a unei tristeți profunde. Sunt perioade în care amintirea celui dispărut este deosebit de vie. Mai ales aniversările şi sărbătorile declanşează această stare. De dispariția acestor sentimente depinde ieşirea din doliu, adică intrarea în faza de depăşire. Persoana simte atunci nevoia de a-şi continua viața şi de a face proiecte. Ea poate avea o impresie de revigorare şi nu rareori se simte mai puternică, în special în fața evenimentelor dramatice. Persoana iese atunci din doliu eliberată şi disponibila pentru o nouă viață.

- *Faza de depăşire sau de recuperare* - Asistarea şi susținerea persoanelor îndoliate au drept finalitate aducerea lor în a treia fază. Se observă destul de frecvent că persoana vârstnică îndoliată nu reuşeşte să conştientizeze efectul doliului. Dacă sentimentele pe care le-am descris durează mai mult de doi-trei ani, persoana poate prezenta un tablou de doliu patologic. Simptomul cel mai frecvent este un sentiment de culpabilitate

exagerată şi obsesională. Apar tulburări ale apetitului, somnului şi judecății. Stima de sine este foarte degradată şi refugiul în singurătate este considerate singurul remediu pentru un profund sentiment de ruşine. Viitorul acestor persoane este în general foarte îngrijorător. Se poate spune că ele se lasă pradă morții prin întristare.

Putem concluziona că acceptarea morți şi a doliului este un proces psihologic complex. După o fază acută, în care stresul şi angoasa pot atinge forme paroxistice, persoana intră într-o fază intermediară, caracterizată de sentimente ambivalente şi confuze pe care încearcă să le integreze. De reuşita acestei integrări depind acceptarea morții şi depăşirea doliului.

Multe persoane sunt singure în confruntarea cu moartea. Psihologul poate îndeplini în acest caz o funcție importantă în asistarea muribundului sau în ajutorul acordat pentru depăşirea doliului. Aceste două experiențe, oricât de dureroase, îl pot aduce pe individ fie într-o stare de seninătate față de moarte, fie într-o nouă perioadă a vieții în care se simte psihologic mai puternic. Moartea este ineluctabilă, aşa încât societățile noastre materialiste trebuie să o reintegreze pentru a-i ajuta pe vârstnici să ne părăsească cu demnitate.

Capitolul 3: CĂMINUL PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE „SF. SPIRIDON" GALAȚI - STUDIU DE CAZ:

Căminului pentru Persoane Vârstnice "Sf. Spiridon" Galați" se înscrie atât pe linia consolidării şi dezvoltării rețelei de servicii sociale cât şi pe linia asigurării unui număr suficient de instituții de îngrijire şi asistență destinate vârstnicilor.[47]

Fiind a treia unitate de asistență socială, ca mărime, din țară şi a doua din Regiunea Sud-Est, căminul, situat în Galați, str. Domnească nr.160 Bis, este o instituție de interes public cu personalitate juridică, care are rolul de a asigura, la nivel local, aplicarea politicilor şi strategiilor de asistență socială a persoanelor vârstnice prin creşterea şanselor recuperării şi integrării acestora în familie ori în comunitate şi de a acorda sprijin şi asistență pentru prevenirea situațiilor ce pun în pericol securitatea persoanelor vârstnice.

Ca şi instituție socială, Căminul pentru persoane Vârstnice "Sf. Spiridon" a fost inaugurat în anul 1977 cu scopul de a veni în sprijinul nevoilor specifice persoanelor de vârsta a III - a din

[47] Conform datelor furnizate de Direcția Județeană de Statistică Galați, la data de 01.07.2008 existau în județ un număr de 108.655 persoane cu vârsta de peste 60 de ani, din care 42.245 locuiesc în Municipiul Galați.

Municipiul Galați şi de atunci a funcționat neîntrerupt până în prezent. Corpul instituției este format dintr-o clădire cu regim de înălțime P+4E unde se asigură condițiile de trai persoanelor în vârstă. Cazarea se face în camere de 12,00 mp dotate fiecare cu loggie, balcon şi grup sanitar propriu. La parter sunt amplasate spațiile de deservire: blocul alimentar (alcătuit din 2 săli de mese, cu o capacitate totală de 130 de locuri şi bucătăria cu compartimentările impuse de standardele europene), cabinete şi birouri, o baie de serviciu, cameră de vizite. La fiecare etaj sunt prevăzute 20 de camere de cazare şi un oficiu, capacitatea locuibilă totală fiind de 80 de camere. În dotarea instituției mai figurează spălătoria, centrala termică, capela – care deşi subordonată Episcopiei „Dunărea de Jos" este, ca şi folosință, exclusivă a căminului.

Amplasarea geografică a instituției creează următoarele avantaje: parcare, spațiu, comercial, stație pentru transportul în comun şi privat, parc şi grădină de vară.

Ca activitate de bază, în Căminului pentru Persoane Vârstnice "Sf. Spiridon", se porneşte de la ideea că toate persoanele asistate trebuie să ducă o viață normală, să le fie respectare drepturile umane fundamentale: dreptul la autonomie, menținerea legăturii cu familia, protecția sănătății, securitate fizică şi emoțională, dreptul la igienă,

dreptul la egalitate de şanse şi de tratament, dreptul la informare şi la consultare.

În vederea atribuțiilor ce îi revin, Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" îndeplineşte funcțiile de coordonare şi execuție, prin asigurarea mijloacelor umane, materiale şi financiare necesare implementării politicilor şi strategiilor privind asistența socială a persoanelor vârstnice, precum şi prevenirea marginalizării sociale a acestora.

Conducerea entității publice administrează resursele unității conform misiunii acesteia în baza normelor legale în vigoare. Beneficiarii primesc servicii de calitate în baza administrării eficiente a resurselor instituției:

a)Resurse umane:

Căminul pentru Persoane Vârstnice "SF. SPIRIDON" Galați promovează măsuri eficiente de comunicare intra-instituțională. Managerul se asigură că modul de conducere al instituție creează o atmosferă deschisă, pozitivă şi incluzivă.

Conform H.C.L. nr. 181/10.04.2008, în organigrama Căminului pentru Persoane Vârstnice "Sf. Spiridon" sunt prevăzute 62 de posturi. Serviciile furnizate beneficiarilor sunt asigurate în mod direct de salariați ierarhizați astfel:

Structural personalul care furnizează serviciile este împărțit în

următoarele birouri:

- **director** -1 persoană – studii superioare;
- **birou financiar** – şef birou (contabil şef), studii superioare; contabil, studii superioare; funcționar economic, studii medii; magaziner, studii medii; casier, studii medii;
- **birou administrativ** – administrator, studii superioare; 5 controlori poartă, studii medii + calificare specifică; 3 bucătari, studii medii + calificare specifică; 6 muncitori necalificați bucătărie, studii generale; 5 muncitori întreținere, studii generale + calificare specifică;
- **cabinet medical** – 1 medic, studii superioare şi competențe în geriatrie; 5 asistente medicale, studii postliceale; 1 asistent igienă, studii postliceale; 1 kinetoterapeut, studii superioare; 11 infirmiere, studii medii + calificare specifică; 9 îngrijitoare bătrâni, studii generale + calificare specifică; 4 spălătorese, studii medii;
- **birou asistență socială** - 2 asistenți sociali, studii superioare;
- **birou juridic** - 1 consilier juridic, studii superioare;
- **cabinetul de consiliere**: 1 psiholog clinician, studii superioare + competențe clinice; 1 preot – serviciu cu remunerare externă.

După natura funcțiilor, aptitudinilor şi a nevoilor, instituția

funcționează cu următoarele compartimente:

a. Consiliul consultativ – format din consiliul director, directorul Administrației Publice Locale, directorul Administrației Economic al Consiliului Local, consilier juridic - reprezentant al Consiliului Județului, reprezentanți ai ONG-urilor, 2 reprezentanți ai beneficiarilor;

b. Consiliul de administrație – format din: director, contabil şef, medic, 2 asistenți sociali, asistent de igienă, şef centru CUPA, administrator, consilier juridic;

c. Comisia de internare – formată din: director, manager de caz, medic, responsabil de caz, jurist, contabil şef, reprezentantul SPAS, reprezentantul Autorității Tutelare Locale. Această comisie poate fi lărgită, după caz, cu: reprezentantul altor instituții cu implicare în cazul de soluționat;

d. Comisia de reevaluare – formată din; manager de caz, responsabil de caz, medic, kinetoterapeut, jurist. Această comisie poate fi lărgită, după caz, cu: preot, psiholog clinician, asistent de igienă, educator etc.;

e. Compartimentul achiziții publice – format din preşedinte şi membrii delegați în funcție de natura achiziției;

f. Compartimentul stabilire meniu: – format din: bucătar, administrator, magaziner, asistent igienă. Meniurile întocmite sunt avizate obligatoriu de medic, contabil şef, director;

g. Compartimentul controlul calității – format din: director, contabil şef, medic, asistenți sociali;

h. Compartimentul relații publice: director, asistenți sociali;

i. Compartimentul dialogului intra-salarial – format din: consiliul de administrație şi reprezentantul salariaților;

j. Compartimentul de dialog cu beneficiarii – format din consiliul de administrație şi comitetul beneficiarilor.

Gradul de calificare a angajaților: din totalul celor 63 de salariați: 9 au studii superioare de lungă durată, 3 au studii superioare de scurtă durată, 6 au studii postliceale, 20 au studii medii, iar un număr de 25 au studii generale.

b)Resurse financiare

Conducerea unității administrează resursele financiare ale acesteia în baza unui plan de cheltuieli avizat de consiliul consultativ, care stabileşte planificarea financiară, evidența bugetară şi controlul financiar, conform legii; la elaborarea planului de cheltuieli ținându-se cont şi de propunerile beneficiarilor.

Serviciile sociale se finanțează din următoarele surse:

- bugetul local al autorității Municipiului Galați;
- contribuțiile proprii ale beneficiarilor sau ale susținătorilor legali ai acestora, care sunt vărsate în contul căminului şi utilizate numai pentru cheltuielile materiale;

- donații, sponsorizări sau alte contribuții din partea persoanelor fizice ori juridice din țară şi străinătate;
- fonduri externe nerambursabile;
- sume decontate de Casa de Asigurări Sociale de Sănătate pentru servicii medicale furnizate pe bază de contract;
- alte surse de finanțare, în conformitate cu legislația în vigoare.

Sursele de finanțare ale căminului sunt asigurate de bugetul local sub formă de subvenții şi din contribuția beneficiarilor (venituri proprii).

Natura serviciilor furnizate în Căminul pentru Persoane Vârstnice ,,Sf. Spiridon" sunt:

a) servicii sociale, care constau în: ajutor pentru menaj; consiliere socială/administrativă, psihologică şi juridică; modalități de reintegrare socială în raport cu capacitatea psiho-afectivă;

b) servicii socio-medicale, care constau în: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale/ prevenire, întreținere şi recuperare somatică parțială/ asigurarea unor programe de ergoterapie/ sprijin pentru realizarea igienei corporale.

c) servicii medicale, care constau în: consultații şi tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată/ servicii de îngrijire/infirmerie/asigurarea

medicamentelor de urgență/asigurarea cu dispozitive medicale -parțial
d) hrană: 3 mese calde pe zi în raport cu diagnosticul existent în limita alocației de hrană legală (însulino-dependenții primesc în plus două suplimente:la ora 10.00 şi 16.00)/ servirea mesei în sala de mese sau la patul beneficiarului când este necesar;
e) servicii religioase: consiliere/oficiere slujbe religioase.

Coordonarea metodologică şi îndrumarea activității de specialitate necesară bunei funcționări a CPV „Sf. Spiridon" este asigurată de către DMSSF iar coordonarea financiară este asigurată de Consiliul Local al Primăriei Municipiului Galați.

Căminul funcționează, în conformitate cu Legea nr. 17/2000, cu următoarele secțiile:

a) persoane dependente – încadrate în gradul I de dependență;

b) persoane semidependente – încadrate în gradul II de dependență;

c) persoane independente – încadrate în gradul III de dependență.

Costul mediu lunar, real, pentru întreținerea în cămin a unui beneficiar, stabilit pe baza cheltuielilor înregistrate pe un an de zile este de 14690 lei calculat pentru anul 2009.

Având în vedre că pot fi ținute la plată doar: cheltuielile de întreținere, pentru hrană şi gospodărie, obiecte de inventar,

echipament şi cazarmament, materiale sanitare şi alte asemenea, în conformitate cu clasificația bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale şi cu legislația în vigoare, costul mediu lunar de întreținere pentru cele trei grade de dependență a fost stabilit pentru anul 2010 după cum urmează:

– 575 lei pentru gradul I de dependență;

– 525 lei pentru gradul II de dependență;

– 468 lei pentru gradul III de dependență.

Acoperirea valorii integrale a contribuției lunare se stabileşte astfel:

a) persoanele vârstnice care au venituri şi sunt îngrijite în cămin datorează contribuția lunară de întreținere de 60% din valoarea veniturilor personale lunare, fără a depăşi costul mediu lunar de întreținere, stabilit în funcție de gradul de dependență şi aprobat prin HCL.

b) diferența până la concurența valorii integrale a contribuției lunare de întreținere se va plăti de către susținătorii legali ai persoanelor îngrijite în cămine, dacă realizează venit lunar, pe membru de familie, în cuantum mai mare de 600 lei.[48]

Având în vedere faptul că în urma anchetelor sociale bunăstarea familiilor susținătorilor legali se situa undeva la limitele

[48] Legea nr. 17 / 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu

de jos, chiar dacă existau venituri mai mari de 600lei/membru de familie, CPV a propus şi obținut aprobarea Consiliului Local pentru utilizarea următoarelor intervale de venituri:

Venitul mediu net lunar pe o persoană (lei)	Contribuția lunară (% din cuantumul contribuției de întreținere rezultat din calcul)
Până la 600	Scutit
601 - 650	20%
651 – 700	40%
701 – 750	60%
751 - 800	80%
801 şi peste	100%

Furnizarea serviciilor

Principiile care stau la baza furnizării serviciilor sociale de către Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" sunt:

a) respectarea drepturilor şi a demnității omului;
b) asigurarea autodeterminării şi a intimității persoanelor beneficiare;
c) asigurarea dreptului de a alege;
d) abordarea individualizată şi centrarea pe persoane;
e) participarea persoanelor beneficiare;
f) cooperarea şi parteneriatul;
g) recunoaşterea valorii fiecărei persoane;
h) abordarea comprehensivă, globală şi integrată;
i) orientarea pe rezultate;
j) îmbunătățirea continuă a calității;

modificările şi completările ulterioare

k) combaterea abuzului asupra persoanelor beneficiare, în cadrul instituției.

Ca şi furnizor de servicii sociale, Căminul pentru Persoane Vârstnice "SF. SPIRIDON" Galați este acreditat conform Certificatului de Acreditare seria A nr. 0008702 eliberat de Comisia de Acreditare a Furnizorilor de Servicii Sociale, la data de 22.01.2009 cu o valabilitate de trei ani de la data eliberării pentru următoarele servicii:

a) găzduire pe perioadă nedeterminată;
b) acordarea de servicii sociale persoanelor vârstnice din municipiu,
c) îngrijiri paliative;
d) socializare şi petrecere a timpului liber - serviciu cu acreditarea temporar suspendată datorită lucrărilor majore de modernizare a căminului;
e) asistență medicală şi îngrijire;
f) asistență juridică.

3.1. Obiectivul lucrării

Pornind de la rezultatele studiilor anterior prezentate, care au făcut posibilă cunoaşterea fenomenului, am vizat prin **obiectivul cercetării, identificarea metodologiei de lucru, a strategiilor de intervenție pentru asigurarea accesului egal al persoanelor de vârsta a treia la servicii sociale de standarde**

optime, prin servicii sociale de calitate, specializate de tip rezidențial astfel că tuturor persoanelor să le fie respectare drepturile umane fundamentale: dreptul la autonomie, menținerea legăturii cu familia, protecția sănătății, securitate fizică şi emoțională, dreptul la igienă, dreptul la egalitate de şanse şi de tratament, dreptul la informare şi la consultare.

Acest obiectiv a fost operaționalizat în următoarele ipoteze de lucru:

a) stabilirea procedurilor din cadrul instituției;

b) realizarea manualului de proceduri şi a tipizatelor;

c) posibilă alternativă la rezidență.

3.2. Metode şi tehnici de cercetare utilizate

Toate investigațiile au ceva în comun: pun probleme sau întrebări realității sociale, emit ipoteze, culeg informații şi răspunsuri. Pentru organizarea şi desfăşurarea unei investigații trebuie să aibă în vedere cel puțin următoarele etape: stabilirea problemei de studiat, documentarea, formularea ipotezelor, construirea eşantionului, stabilirea metodelor şi tehnicilor, colectarea datelor, analiza rezultatelor, formularea concluziilor. Investigația care foloseşte doar o singură tehnică, oricât de

bună ar fi ea, nu poate conduce la rezultate optime.[49]

Decizia privind metodologia necesară se ia în funcție de tematică. În lucrarea de față am folosit următoarele metode şi tehnici:

- Tehnica documentară;
- Observația;
- Analiza de conținut;
- Întrevederea.

3.2.1. SUBIECȚII

Portret de identitate socială, după schema unei anchete sociale

Categoria de beneficiari indirecți ai serviciilor Căminului pentru Persoane Vârstnice "Sf. Spiridon" Galați" este reprezentată de segmentul de populație cu vârsta minimă de 62 de ani din municipiul Galați, care se confruntă cu probleme sociale, de sănătate, prezintă diferite grade de dependență, sunt afectate de excluziune socială, fiind lipsite de sprijin material şi moral din partea familiei şi sunt izolate de comunitate, etc. adică, persoana cu vârsta peste 62 ani, care se află în situație de risc social sau nevoie socială, psihologică, medicală sau juridică.

[49] Miftode, Vasile, *tratat de metodologie sociologică*, Ed. Lumen, Iași, 2003, p. 19-

Prin situație de criză se înțelege perioada de acumulare accentuată a dificultăților, manifestarea unor dificultăți temporare sau cronice, concretizate în incapacitatea de a mobiliza resursele interne.

Beneficiari direcți ai serviciilor sociale sunt persoanele vârstnice internate în Căminul Pentru Persoane Vârstnice "Sf. Spiridon", selectate după următoarele criterii:

- să aibă vârsta legală de pensionare;
- să aibă calitatea de pensionar;
- domiciliul în municipiul Galați;
- nu are locuință şi nici posibilitatea de a-şi asigura condițiile de locuit din resurse proprii;
- menținerea la domiciliu nu este posibilă din motive socio-medicale;
- starea psihică să îi permită inserția în colectivitate;
- nu şi-a înstrăinat de bunăvoie locuința, înainte de depunerea cererii de internare;
- necesită îngrijire specializată din punct de vedere medical;
- nu are familie sau susținătorii legali, iar în cazul în care aceştia există, nu-şi pot îndeplini obligațiile de întreținere datorită stării de sănătate, situației economice sau sarcinilor familiale;

23

- Internarea în cămin se face pe perioadă nedeterminată, dar nu are caracter definitiv.

Au prioritate la internare persoanele care se află într-una din situațiile următoare:

- veteran de război;
- urmaş de veteran de război;
- deportat;
- fost deținut politic.

Persoanele despărțite în fapt nu pot obține statutul de asistat al căminului. Pot solicita internarea şi persoanele căsătorite, cu respectarea criteriilor prevăzute mai sus dar numai dacă doresc să se interneze împreună.

Obținerea calității de beneficiar în Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon", este condiționată de parcurgerea următorilor paşi: depunerea cererii la sediul unității, efectuarea evaluării socio-medicale, completarea dosarului, audierea solicitantului şi a susținătorilor săi legali, după caz, în cadrul comisiei de analiză, întocmirea referatului de situație, care să conțină propunerea corespunzătoare, emiterea dispoziției primarului, planificarea serviciilor, semnarea angajamentului de plată cu titlu executoriu, pentru contribuției de întreținere de către solicitant şi/sau de către susținătorii legali, încheierea contractului de asistare.

Principalele nevoi identificate la evaluarea complexă, care determină internarea pot fi:

- nevoia de securitate, de socializare, de apartenență, de reprezentare;
- nevoia de hrană caldă;
- îngrijiri de specialitate;
- venituri insuficiente;
- îngrijiri paliative;
- adăpost pe perioadă nedeterminată (inclusiv pentru alcoolici).

Nivelul de pregătire al beneficiarilor variază de la analfabetism (7 cazuri) până la absolvenți a-i uneia (trei cazuri) sau două facultăți (un caz). Cei cu studii medii formează proporția cea mai mare. Beneficiarii sunt fie foşti profesionişti, cadre didactice, doctori, maiştri, fie mineri, infirmieri, muncitori, muncitori CAP. Nu este nici un beneficiar care să nu fi avut carte de muncă şi implicit, o profesie.

Naționalitate: o proporție de 3,6 % sunt beneficiari de etnie rromă, 5% sunt moldoveni sau ucraineni, 2,16% sunt ruşi, restul de 98 .24 % sunt români. Toți beneficiarii au cetățenie română.

Ca apartenență religioasă, toți beneficiarii sunt creştini: creştini ortodocşi – 96,4%; protestanți, din cultul penticostal – 2,16%, catolici – 1,44%.

Vârsta celor 114 beneficiari este după cum urmează în tabelul:

Grupe de vârstă	Sub 65 de ani	66-70	71-75	76-80	81-81	Peste
Femei	4	3	1	14	12	13
Bărbați	9	13	0	13	8	4

Proporţia dintre beneficiarii de sex feminin şi cei de sex masculin este de regulă puţin mai mare spre sexul feminin, acum este exactă (57 de femei şi 57 bărbați).

Susținătorii legali a-i beneficiarilor serviciilor noastre sunt după cum urmează:

– soțul pentru soție sau, după caz, soția pentru soț;

– copii pentru părinți;

Susținătorii legali au obligația, ca din veniturile proprii, să completeze contribuția lunară de întreținere stabilită printr-un angajament de plată, numai în cazurile când persoana asistată se află în nevoie şi în imposibilitate de a-şi achita integral costul mediu lunar de întreținere.

O nouă categorie de beneficiari se creionează tot mai conturat după 1989, reprezentată de bătrânii abandonați de copiii plecați la

lucru în alte țări –. problemă națională care solicită numeroase resurse şi care, se pare, nu este luată în seamă. Susținătorii legali a-i acestor bătrâni mizează pe intervenția statului care nu are în aparatul propriu un cadru legislativ competent în acest sens. Este adevărat că poziționarea geografică a copiilor față de părinți face imposibilă intervenția în criză, dar dacă această imposibilitate este soluționată de către statul român, ar trebui să existe o responsabilizare financiară a susținătorului legal. Ori, cadrul legal pentru urmărirea fiscală a veniturilor susținătorilor legali care se sustrag din obligațiile legale ce decurg din Codul familiei, nu există. "Nu ştiu de ei nimic; Legături rupte de mai mulți ani" acestea sunt răspunsurile din timpul investigației.

Pe de altă parte, percepția în cea mai mare parte a familiilor care au un membru al lor internat în cămin, este de degrevare de sarcini, motiv pentru care instituția solicită la internare declarație notarială de susținere morală şi materială dată de către descendenți.

Am fi nedrepți să generalizăm şi să nu luăm în seamă descendenții cu bună credință care se implică în mod onorabil în colaborarea cu instituția pentru asigurarea unor servicii de calitate. Ponderea acestora este mai mare decât a celora iresponsabili. Amintesc aici şi de susținătorii legali care deşi nu au resurse materiale, dovedite cu acte, şi pentru care instituția a militat după cum am arătat mai sus la

scutirea graduală a implicării lor financiare, se implică moral şi sunt de mare ajutor. Se încurajează petrecerea sărbătorilor în familie, se solicită ajutorul familiilor în sărbătorirea zilelor de naştere în cadrul instituției, etc.

Evaluarea socială:

Bătrânii care sunt proprietari de imobile, nu pot obține calitatea de beneficiar al serviciilor Căminului pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" Galați; excepție fac doar acei solicitanți a-i căror imobile se află în litigii – până la soluționare –, sau aceia care au imobilele într-o stare avansată de degradare şi dovedesc că nu au resurse suficiente pentru o eventuală remediere. Bătrânii care locuiesc cu calitatea de chiriaş în locuințele primăriei, pot obține internarea în cămin dacă renunță la contractul de închiriere (nu pot beneficia de două subvenții concomitent).

În situația în care un bătrân locuieşte în acelaşi imobil cu familia lărgită şi este evidentă lipsa spațiului de locuit sau are nevoie de îngrijiri pe care familia nu le poate onora, persoana vârstnică poate fi instituționalizată dacă-şi exprimă acordul în acest sens. În acest caz, familia este degrevată doar de sarcinile pe care nu le poate efectua, celelalte rămânând, asigurându-se astfel menținerea relației intrafamiliale şi nevoia de apartenență a vârstnicului.

Există şi cazuri de violență domestică sau abandon. În aceste

cazuri vârstnicul este instituționalizat cu respectarea celorlalte prevederi legale. Problemele acestui tip de beneficiar sunt rezolvate dacă se poate, pe cale amiabilă sau în instanță judecătorească de către profesioniştii instituției.

Doar la o proporție de 2,16 % din beneficiarii serviciilor instituției noastre, se face simțită susținerea rețelei de prieteni.

Evaluarea economică:

Beneficiarii serviciilor instituției noastre în medie de 114 (mai 2010), a căror sursă de venit este pensia şi indemnizațiile legale, au venituri diferențiate pe intervale, astfel:

Venit	**sub 350 lei**	**351-600**	**602-1000**	**1001-1500**	**Peste 1501**
femei	8	17	24	2	1
Bărbați	1	7	29	19	4
Total	9	24	53	21	5

Pensia medie în instituție este de 795,12.

Din 114 beneficiarilor internați, 51 plătesc integral costul mediu lunar stabilit prin aplicarea procentului de 60% conform Legii nr. 17 / 2000, privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;18 beneficiari acoperă costul mediul lunar cu completarea susținătorilor legali. Un

număr de 45 de beneficiari achită 60 % din venit fără a acoperi costul mediu lunar stabilit.

În conformitate cu prevederile Ordonanței de Urgență nr. 118 / 2008, pentru modificarea şi completarea unor acte normative în vederea eliminării legăturilor dintre nivelul unor drepturi de asistență socială şi nivelul salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată, 9 susținători sunt scutiți de la completarea contribuției lunare de întreținere, deoarece veniturile realizate pe membru de familie sunt sub 600 lei.

Fiecare beneficiar şi/sau susținător legal efectuează plata la casieria instituției sau în contul deschis pentru acest scop. Se militează pentru a nu exista debite iar în situația în care există, acestea să nu fie mai mari de plata a trei luni. În acest caz, după epuizarea tuturor diligențelor pentru soluționare pe cale amiabilă, se acționează în instanță.

Contribuția de întreținere acoperă: hrană caldă 3 mese pe zi (pentru insulino-dependență încă două gustări), cazare, cazarmament, consultație şi medicație de urgență (pentru maxim 3 zile), recuperare kinetică minoră, consumabile (şampon, săpun, pastă de ras, scutece de unică folosință, perie şi pastă de dinți, unghieră, hârtie igienică), spălătorie, călcătorie, menaj, asistență socială şi juridică.

Cum fiecare beneficiar are lunar , pentru folos propriu, un procent de 40% din venit, mai exact suma cuprinsă între 38lei şi 2031, o medie de 406,7 lei, este astfel acoperit la standarde medii, în condițiile României, traiul unui bătrân.

Evaluarea stării de sănătate:

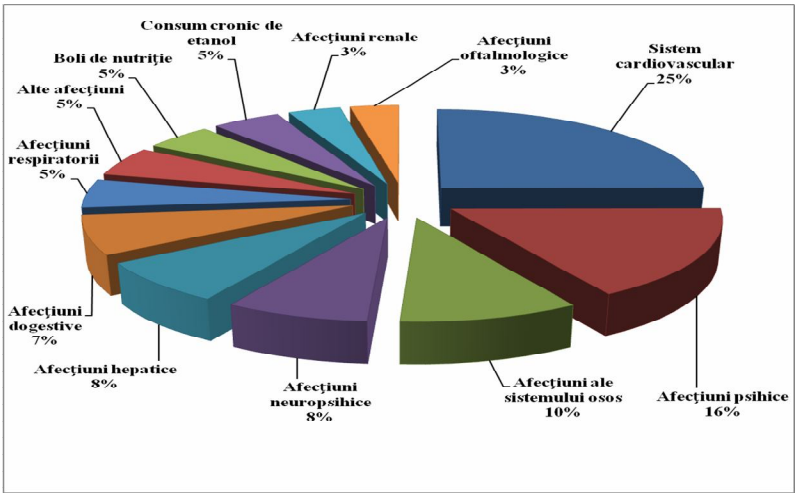
În conformitate cu legislația în vigoare, Căminului pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" Galați, asigură medicație de urgență pentru beneficiarii săi, pe o perioadă de maxim trei zile de la data crizei. În această perioadă de trei zile, se soluționează cazul în funcție de gravitate: fie îi este suficientă medicația, boala nefiind gravă, fie se optează între trimiterea la medicul de familie sau medicul specialist pentru consult şi prescriere rețetă. Aceasta, în cazul când nu este gratuită, se achiziționează din veniturile beneficiarului. Tratamentul se efectuează conform prescripției, de către cabinetul medical care funcționează 24 din 24 de ore.

Starea de sănătate este în primă față evaluată la internare şi apoi prin medicul instituției, medicul de familie şi medici specialişti. În funcție de diagnostice şi de nevoile reale identificate în cadrul procedurii de evaluare complexă şi reevaluare, beneficiarii serviciilor instituției sunt încadrați în grade de dependență conform legii 17/2000 şi a Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice reglementată de HG nr. 886/2000.

Reevaluarea gradului de dependență se efectuează de către o echipă pluridisciplinară din cadrul instituției la şase luni şi ori de câte ori este nevoie. În general sensul recuperărilor este negativ datorită ireversibilității unor boli, dar există şi cazuri a căror recuperare a fost foarte eficientă: în decurs de un an de la internare, de la dependent de gradul I au ajuns la persoane independente încadrate în gradul III. Factorii care determină recuperarea bolnavului nu țin numai de instituție, ci şi de bolnav, şi de resursele acestuia şi de implicarea familiei.

Ponderea diagnosticelor medicale existente la dosarele medicale ale beneficiarilor Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon", pot fi grupate pe număr de persoane bolnave (ținându-se cont că sunt şi beneficiari cu polipatologii) după cum urmează:

PONDEREA DIAGNOSTICELOR MEDICALE:



Evaluarea psihologică efectuată în iulie 2009, atestă următoarea evidențiere:

Nivelul funcționalității intelectuale generale/persoane	**Capacitate de discernământ/ persoane**	**Personalitate /persoane**	**Funcționalitate adaptativă față de cerințele cotidiene ale mediului psihosocial**
Nivel foarte slab:13	Tip crepuscular:9	Dependentă:12	Inexistentă :6
Nivel relativ slab: 21	Slabă: 26	Instabilă/Imatură:28	Slabă :17
Nivel slab: 25	Critică: 16	De tip rigid:19	Relativ slabă:17
Nivel relativ bun:11	Relativ bună:19	Echilibrată:11	Relativ bună:59
Nivel bun: 44	Bună: 44	Armonică: 44	Bună:15

CONCLUZII:

Beneficiarii sunt persoane de vârsta a III-a care, datorită unor situații de criză, se află internați în cămin pentru o perioadă nedeterminată. Instituția, pentru o contribuție în cuantum de 60% din venit fără a depăşi costul mediu lunar stabilit anual conform legislației în vigoare, asigură fiecărui beneficiar aproximativ toate nevoile de bază pentru existență în condițiile unei societăți ca si a României. De remarcat este şi faptul că instituția vine în ajutorul solicitărilor particulare ale beneficiarului în limitele legale şi bugetare.

40% din venitul fiecărui beneficiar asigură nevoile particulare

ale acestora. De cele mai multe ori această sumă serveşte la cumpărarea afecțiunii membrilor familiilor lărgite. Sunt cazuri unde, asistentul social a trebuit să intervină, să consilieze (pe două laturi: familia şi beneficiarul), să instituie curatelă chiar.

Cu siguranță că există şi nemulțumiri şi reclamații din partea beneficiarilor. Instituția are un registru special pentru înregistrarea acestora şi urmărirea soluționării lor, în funcție de gravitate fără a se depăşi 30 de zile. Pentru beneficiarii care doresc să-şi păstreze anonimatul, instituția are în dotare cutii poştale la nivelul fiecărui etaj pentru reclamații şi sugestii. Este urmărită zilnic existența acestor reclamații anonime de biroul de asistență socială şi soluționată sau elucidată neclaritatea. În cazul unor conflicte care nu au putut fi soluționate amiabil în cadrul instituției, există Comisia de Dialog la nivel municipal.

Amplul proiect care se derulează în prezent, vine în întâmpinarea nevoilor beneficiarilor şi are în vederea sporirea bunăstării acestora şi îmbunătățirea serviciilor. Proiectul reprezintă baza pentru următorul proiect, acela al dotării instituției cu un club amenajat pentru petrecerea timpului liber al beneficiarilor şi pentru alternative la instituționalizare prin servicii comunitare.

3.3. DESFĂŞURAREA CERCETĂRII

Întrucât mi-am propus stabilirea procedurilor de lucru în Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" la momentul actual, în conformitate cu legislația în vigoare, evazivă de altfel, eşantionul nu a fost constituit după o metodologie specifică care să permită extrapolarea datelor, în virtutea reprezentativității, la nivelul întregii populații de vârstnici ai țării. De aceea, datele ce vor fi prezentate în continuare sunt valabile numai în perimetru stabilit de eşantion. Pot fi folosite totuşi, ca şi *cadre* ce pot suferi îmbunătățiri, după caz şi după *fler* de către alți colegi din sistem care lucrează cu aceeaşi categorie de beneficiari.

Cercetarea şi investigațiile au fost efectuate în punctele cheie având aportul celorlalți specialişti ai instituției. Datele obținute sunt din statisticile, bazele de date şi arhivele instituției, respectându-se principiul confidențialității.

3.3.1. Rezultatele obținute: MANUALUL DE PROCEDURI

Căminul pentru Persoane Vârstnice ,,Sf. Spiridon" defineşte în propriul Regulament Intern, respectă şi aplică procedurile de efectuare a serviciilor pentru care s-a solicitat şi obținut acreditare, pe compartimente, după cum urmează;

1. BIROUL DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

1.1. PROCEDURA DE EVALUARE INIȚIALĂ

Evaluarea inițială se efectuează la primul contact cu clientul sau /şi susținătorul legal. Aceasta constă în solicitarea de date de identitate, date privind situația socio-economică, componența familiei lărgite, scurt istoric al vieții, starea de sănătate, problemele pentru care solicită ajutor şi resursele existente. Aceste date sunt introduse în baza de date a instituției, existentă în format electronic, denumită *Relații publice.*

Clientul este informat asupra faptului că datele personale vor fi introduse în baza de date a instituției şi că vor fi stocate şi folosite păstrând principiul confidențialității.

Dacă nevoile identificate nu fac obiectul instituției, clientul este consiliat, informat şi îndrumat spre serviciul cel mai apropiat, apt pentru a soluționa aceste probleme. Pot fi programate şi alte şedințe de consiliere în vederea unei bune îndrumări.

În cazul în care există refuzul clientului de introducere a informațiilor în baza de date, îi va fi respectată opțiunea, acesta beneficiind de toate informațiile necesare ce pot fi furnizate.

Dacă nevoile clientul fac obiectul instituției, se completează de către responsabilul de caz, documentul numit *Fişa personală* – cod

A.S.1 CPV – anexa 1, şi se eliberează documentul: *Cerere de internare* - tip - cod A.S. 2 CPV – anexa 2.

În cazul în care la evaluarea inițială este incertă „diagnoza socială", şi nu se poate concluziona cu exactitate dacă problemele clientului fac obiectul instituției sau nu, se continuă cu procedura următoare *Evaluare complexă* lăsând astfel posibilitatea opinării asupra cazului a întregii comisii de evaluare şi emiterea dispoziției corespunzătoare (internare sau respingere) de către primar.

Acelaşi parcurs se impune şi cazurilor de clienți nemulțumiți de rezultatul evaluării inițiale şi a celor care solicită continuarea procedurii de evaluare complexă.

Clientul a cărui nevoi fac obiectul instituției, nu are posibilitatea refuzării introducerii datelor personale în baza de date a instituției.

În cazul în care solicitarea soluționării cazului se face la inițiativa SPAS, se procedează la efectuarea evaluării complexe, cu specificarea că va fi întocmit un *Referat de anchetă socială* – (cazul întruneşte sau nu condițiile de internare) cod A.S. 3 CPV- anexa 3. Rezultatele evaluării vor fi trimise în format fizic, SPAS.

1.2. PROCEDURA DE EVALUARE COMPLEXĂ

Condiția pentru ca un dosar să ajungă la evaluarea complexă

este îndeplinirea art. 15/ROF[50] şi menţinerea deciziei vârstnicului de a se interna în Cămin.

Iniţierea acestei proceduri este obligativitatea exclusivă a responsabilului de caz. Aplicarea procedurii de evaluare complexă impune colaborarea dintre biroul de asistenţă socială, cabinetul medical, biroul juridic şi biroul financiar contabil şi orice alte servicii necesare, chiar şi servicii externalizate. Fiecare din membrii echipei de evaluare poate solicita documente în vederea evaluării cât mai corecte a cazului.

Evaluarea complexă se va efectua în mediul de habitat al beneficiarului, în biroul de asistenţă socială, la instituţii medicale de profil şi la cabinetul medical al instituţiei.

Instrumentul de lucru utilizat în cadrul evaluării complexe este: *Fişa de evaluare socio-medicală geriatrică,* cod A.S.5 CPV – anexă 4, în conformitate cu H.G. 886/2000 pentru aprobarea Grilei

[50] Pot obţine calitatea de beneficiar al serviciilor căminului, în limita locurilor disponibile şi a resurselor financiare alocate de ordonatorul principal de credite, persoanele care îndeplinesc cumulativ următoarele condiţii:
a) să aibă vârsta legală de pensionare; b) să aibă calitatea de pensionar; c) domiciliul în municipiul Galaţi; d) nu are spaţiu corespunzător de locuit sau menţinerea la domiciliu nu este posibilă din motive socio – medicale; e) starea psihică să îi permită inserţia în colectivitate;f) nu şi-a înstrăinat de bunăvoie locuinţa, înainte de depunerea cererii de internare; g) necesită îngrijire specializată din punct de vedere medical; h) nu are familie sau susţinătorii legali, iar în cazul în care există susţinători legali, aceştia nu-şi pot îndeplini obligaţiile de întreţinere datorită stării de sănătate, situaţiei economice sau sarcinilor familiale; i) să aibă referinţe bune din partea comunităţii (să nu fie cunoscut cu antecedente personale – violenţă, consum de alcool, etc.);

naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. Evaluarea complexă se efectuează de către echipa de evaluare complexă formată din: responsabil de caz, medic, asistent social şi, după caz jurist, psihoterapeut şi alți specialişti. În urma evaluării complexe vor fi obligatoriu stabilite următoarele: elemente de identificare, nevoile existente, resursele proprii, gradul de dependență şi instituțiile capabile să rezolve aceste probleme la modul real.

Feed-back-ul către beneficiar se asigură odată cu prezența asistenților sociali în ancheta socială la adresa indicată de client.

Această procedură este supervizată de conducătorul unității, asigurând astfel managementul de caz, dacă clientul întruneşte condițiile de eligibilitate şi dosarul este complet.

După obținerea avizului, evaluarea complexă este încheiată şi dosarul poate intra în comisia de internare/externare. Durata în timp a procedurii este de 30 de zile calendaristice, aceasta poate fi variabilă în funcție de promptitudinea depunerii la dosar de către client, a documentelor solicitate.

1.3. PROCEDURA DE ADMITERE IN CĂMIN

Biroul de asistență socială compus din 2 asistenți sociali este serviciul care deține prin ROF şi aplică procedura de admitere în

Căminul pentru Persoane Vârstnice ,,Sf. Spiridon". Această procedură este vizată de conducătorul unității dacă clientul întruneşte condițiile de eligibilitate şi dosarul este complet.

Primul instrument de lucru în cadrul acestei proceduri este cel denumit *Documente componente dosar* - cod A.S.6 CPV- anexa 5, cu structura:

- cerere înregistrată la sediul căminului;
- cuponul de pensie din luna în care se depune cererea;
- copie după actul de identitate;
- copie după certificatul de naştere;
- copie după certificatul de deces al soțului/soției, după caz;
- copie după certificatul de căsătorie, după caz;
- copie după hotărârea definitivă de divorț, după caz;
- copie după actul casei, conform cu domiciliul stabil;
- copie după actul de concesiune loc de înhumare, dacă există;
- copii după actele de identitate ale descendenților şi membrilor de familie;
- adeverințe de venit ale descendenților şi membrilor de familie;
- adeverință de venit eliberată de administrația financiară a Municipiului Galați;
- adeverință privind bunurile mobile şi imobile, eliberată de

administrația financiară a Municipiului Galați;

- declarație notarială privind lipsa susținătorilor legali, după caz;
- declarație notarială privind susținerea morală şi materială a beneficiarului, după caz;
- declarație notarială privind asumarea obligației de înmormântare, dată de susținătorul legal, după caz;
- în cazul bătrânilor fără discernământ, este obligatorie şi anexarea copiei după actul de curatelă;
- acte medicale: VDRL, MRF, test HIV/SIDA, examen coproparazitologic, examen coprobacteriologic, examen psihologic eliberat de specialist clinician, examen psihiatric însoțit de avizul medicului specialist că poate locui în colectivitate, adeverință medicală că nu suferă de boli contagioase, copie după fişa medicală de la medicul de familie;
- alte acte relevante în susținerea cazului.

Obținerea calității de persoană asistată în Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" este condiționată de parcurgerea următoarelor etape:

- depunerea cererii la sediul unității;
- completarea dosarului;
- efectuarea evaluării complexe;

- audierea solicitantului şi a susținătorilor săi legali, după caz, în cadrul comisiei de analiză;
- întocmirea referatului de situație, care să conțină propunerea corespunzătoare;
- emiterea Dispoziției Primarului;
- semnarea angajamentului de plată privind contribuției de întreținere, de către solicitant şi/sau de către susținătorii legali;
- planificarea serviciilor;
- încheierea contractului de prestare servicii.

Dosarul structurat conform art. 24 lit. f din ROF, va fi înaintat Comisiei de internare/externare care se întruneşte, la solicitarea responsabilului de caz, în prima zi de marți a fiecărei luni calendaristice. Comisia, în urma studierii dosarului şi a audierii clientului şi/sau a susținătorilor legali ai acestuia, propune internarea sau respingerea internării, după caz.

Responsabilul de caz întocmeşte *Referatul privind soluționarea cazului* cu propunerea comisiei de internare/respingere – cod A.S.7 CPV- anexa 7. Acest document se redactează în 2 exemplare, urmărind structural art. 24 lit. f din ROF.

Dosarul completat cu referatul de internare/respingere este înaintat Consiliului Local pentru obținerea Deciziei de

admitere/respingere care este de competența şi decizia ultimă a Primarului. După obținerea dispoziției de internare/externare, dosarul este remis instituției. Responsabilul de caz, va înmâna clientului decizia corespunzătoare pe bază de semnătură.

Dacă dispoziția este de internare, va stabili, de comun acord cu clientul, care din acest moment va fi denumit beneficiar, data şi condițiile internării.

Dosarele persoanelor pentru care s-a obținut dispoziție de respingere, se restituie clientului la cerere, dar se păstrează o copie a dosarului care se arhivează conform legii.

Decizia privind respingerea, încetarea sau suspendarea drepturilor la serviciile de asistență socială poate fi contestată potrivit Legii contenciosului administrativ nr. 554/2004.

Obținerea statutului de beneficiar nu absolvă de obligațiile legale şi morale pe susținătorii legali ai acestuia.

Instrumentele de lucru utilizate în etapa de față, sunt:

- Angajament de plată-cod A.S.8 CPV redactat în 3 exemplare –unul beneficiarului, unul biroului financiar-contabil şi unul va rămâne la dosarul de beneficiar - anexa 8;
- Plan Individualizat de Îngrijire şi Asistență - cod A.S.9 CPV-redactat în 2 exemplare: unul beneficiarului şi unul va rămâne la dosarul de persoană asistată – anexa 9;

- Contract prestare servicii – cod A.S. 10 CPV – redactat în 2 exemplare, înregistrat în Registrul special de contracte prestări servicii sociale; un exemplar va rămâne la dosar şi unul la beneficiar - anexa 10.

Internarea propriu-zisă impune redactarea următoarelor documente administrative, financiare şi medicale:

- Carte de identitate cu adresa Căminului pentru Persoane Vârstnice ,,Sf. Spiridon",
- Fişă medicală – în competența cabinetului medical,
- Fisă contabilă – în competența biroului contabilitate,
- Fisă de inventar – în competența administratorului,

De asemenea se procedează la:

a) informare privind regulamentele instituției, drepturi şi obligații;

b) identificarea unui coleg potrivit vârstei, condiției de sănătate, în funcție de studii, preocupări, educație – în general în limita locurilor disponibile;

c) identificarea unui loc la masă în sala de mese;

d) predarea cazarmamentului pe baza referatului de inventar,;

e) înscrierea în Cartea de imobil;

f) înscrierea în baza interna de date a instituției;

g) înscrierea în tabelul de beneficiari câte un exemplar pentru

fiecare serviciu;

h) verificarea şi selectarea bagajelor vârstnicului – de competența asistentului igienist;

i) asigurarea că beneficiarul are veselă proprie de inox – de competența asistentului igienist;

j) verificarea stării de igienă corporală şi vestimentară a vârstnicului – de competența asistentului igienist.

Operațiunile h. şi j. se derulează în prezența vârstnicului şi/sau susținătorului legal.

Se permite beneficiarului mici operațiuni de personalizare a camerei (fotografii, tablouri, cuverturi, etc. – fără mobilier), cu acordul colegului de cameră. În situația în care camera nu este dotată cu frigider şi televizor, se permite, la cerere, achiziționarea acestora cu obligativitatea de a fi în folosința ambilor colegi de cameră.

Circuitul documentelor se respectă conform documentului cu acelaşi nume (preexistent).

Implementarea procedurii se controlează în puncte cheie ca:

- număr de înregistrare a cazului (cerere) în Registrul instituției;
- număr de înregistrare a angajamentului de plată în Registrul instituției;
- număr de înregistrare a Planului Individual de Îngrijire în

Registrul instituției;

- numărul de înregistrare a contractului de prestare servicii sociale în registrul special.

Feed-back-ul către beneficiar se asigură prin predarea, semnarea şi datarea a câte unui exemplar din: Dispoziția Primarului, Contractul de prestări servicii, Planul de Îngrijire şi asistență, Angajamentul de plată cu titlu executoriu.

Responsabili de procedură sunt: asistenții sociali/ administratorul/ medic/ serviciul contabilitate.

1.4. PROCEDURA DE INFORMARE

Această procedură se aplică pe parcursul tuturor celorlalte proceduri după cum urmează:

- Pentru procedura de evaluare inițială se foloseşte material publicitar existent în dotarea căminului (internet, pliante, broşuri), precum şi răspunsuri directe la întrebările clienților şi/sau susținătorilor legali;
- Pentru procedura de evaluare complexe – clientul şi/sau susținătorii legali sunt conştientizați de necesitatea furnizării de date corecte în vederea evaluării corecte şi soluționării adecvate, lucru specificat la sfârşitul fişei de evaluare socio-medicală pentru care semnează.

- Pentru procedura admiterii în cămin – se foloseşte: relații publice, consiliere, ROF, ROI, şi cele de la procedurile sus amintite.

Responsabili de procedură sunt: directorul, cabinetul social, cabinetul medical, biroul financiar contabil, biroul administrativ şi, delegat, personalul din subordinea acestora.

1.5. PROCEDURA DE REEVALUARE

Ulterior, după internare, se implementează Planul individualizat de asistență şi îngrijire (întocmit de echipa pluridisciplinară şi vizat de supervizorul instituției). La fiecare 6 luni se reevaluează situația beneficiarul prin instrumentul de lucru denumit „Fişă de reevaluare" - cod A.S.11 CPV, de către o echipă compusă din specialiştii a cel puțin trei domenii de activitate - anexa 11.

Pentru asigurarea unui feed-back al activității depuse, instituția are stabiliți indicatori de performanță care prevăd printre altele, ca la fiecare 6 luni să se verifice gradul de satisfacție a beneficiarului. Informațiile obținute sunt prelucrate şi raportate consiliului de administrație.

Responsabili de procedură sunt: directorul, cabinetul social, cabinetul medical, biroul juridic.

1.6. PROCEDURA DE CONSILIERE ADMINISTRATIVĂ

Responsabili de procedură sunt: asistenții sociali, psihologul, preotul şi consilierul juridic. Natura problemei existente de soluționat reclamă specialistul indicat. Problema poate fi sesizată de beneficiar, reprezentantul legal, familia beneficiarului, personalul instituției sau alte persoane. Sesizarea se va face la biroul de asistență socială care prin responsabilii de caz, cercetează şi îndrumă beneficiarul spre specialistul cel mai în măsură să acorde ajutorul necesar.

Dacă problema identificată este majoră, responsabilul de caz are obligația de a informa directorul instituției în scris asupra problemei spre informare şi posibile recomandări.

Specialiştii instituției după caz, pot colabora în vederea identificării soluției optime, cu acordul beneficiarului

Documentele folosite în acest caz sunt *Fişa de consiliere* - cod A.S.12 CPV - anexa 12 şi *Referatul de situație* - cod A.S.13 CPV - anexa 13 (se va completa cu documentele celorlalți specialişti).

1.7. PROCEDURA IEŞIRII DIN CENTRU

Serviciile care dețin şi aplică procedura de ieşire sunt:

- asistență socială,

- cabinet medical
- contabilitate
- administrator

Conducătorul unității aprobă, la solicitarea responsabilului de caz, convocarea comisiei de internare/externare pentru ultima zi de vineri ale lunii.

Ieşirea din instituție se poate face la cerere, disciplinar, prin transfer la altă instituție şi prin deces. Pentru ieşirea din instituție prin deces s-a întocmit procedură specială.

Instrumentele de lucru utilizate pentru **ieşirea la cerere** sunt:

- cererea de externare întocmită de solicitant şi/sau susținătorul legal;
- referatul de externare întocmit de responsabilul de caz;
- fişa de reevaluare întocmită de asistența socială şi cabinetul de asistență medicală;
- Fişa de lichidare (a debitelor, a cărților împrumutate, a cazarmamentului /mobilierului primit);
- Fişa de închidere a cazului-cod A.S.14 CPV .

Instrumentele de lucru utilizate pentru **ieşirea disciplinară** din instituție:

- Fişa de reevaluare întocmită de asistența socială şi cabinetul de asistență medicală;

- Referatul de externare întocmit de asistența socială;
- Fişa de lichidare (a debitelor, a cărților împrumutate, a cazarmamentului /mobilierului primit);
- Fişa de închidere a cazului-cod A.S.14 CPV- anexa 14.

Instrumentele de lucru utilizate pentru **ieşirea prin transfer** din instituție:

- Fişa de reevaluare întocmită de asistența socială şi cabinetul de asistență medicală;
- Acordul beneficiarului/susținătorului legal/curatorului, după caz;
- Acordul de primire al celeilalte instituții de asistență socială;
- Referatul de soluționare caz întocmit de asistența socială;
- Fişa de lichidare (a debitelor, a cărților împrumutate, a cazarmamentului /mobilierului primit);
- Fişa de închidere a cazului;
- Dispoziția primarului de transfer.

Pentru toate cele 3 tipuri de ieşiri din instituție se constituie o comisie de evaluare structural conform art. 20 din ROF.

Această procedură se controlează prin existența numerelor de înregistrare pe cererea de externare, referatul de externare, precum şi pe Dispoziția Primarului.

Responsabil pentru aplicarea procedurii este responsabilul de

caz.

Feed-back către beneficiar se asigură prin înmânarea pe bază de semnătură a Dosarului de închidere a cazului care cuprinde: Dispoziției Primarului, un exemplar după fişa de reevaluare, foaia de închidere a cazului.

1.8. PROCEDURA DECESULUI

1.8.1. Beneficiari cu susținători/persoane obligate la înhumare

Decesul poate fi constatat de către personalul medical/ personalul auxiliar sau colegul de cameră şi se anunță medicul instituției şi cabinetul de asistență socială.

Medicul instituției se prezintă la locul decesului, constată personal decesul. El este persoana abilitată să decidă în funcție de localizarea spațială a trupului, modalitatea de intervenire a exitus-ului/existența unor condiții/ împrejurări suspecte de deces etc., care din organele competente externe (Poliție, Serviciul de Medicină Legală) vor fi chemate să constate decesul.

Trupul neînsuflețit se acoperă şi rămâne la locul decesului până la momentul stabilirii cauzei decesului de către organele competente. Trupul neînsuflețit va fi tratat cu demnitate şi se va asigura izolarea acestuia pentru a asigura protecția emoțională a celorlalți beneficiari.

Odată cu stabilirea cauzei decesului, colegul defunctului va fi cazat temporar la camera de izolare pentru a asigura stabilitatea sa emoțională, pentru integritatea patrimonială a defunctului şi pentru demararea procedurii de formolizare a spațiului în care a decedat defunctul.

Cabinetul de asistență socială sau cabinetul medical anunță familia şi persoanele împuternicite pentru efectuarea înhumării defunctului urmând ca aceştia să fie tratați cu multă grijă, înțelegere şi respect.

După 24 de ore de la deces medicul eliberează Certificatul constatator al morții. Personalul de specialitate al instituției sau rudele defunctului se ocupă de procedura îmbălsămării, absolut necesară a priori depunerii trupului în Capela unității sau unde familia a hotărât în conformitate cu preferințele prealabil stabilite de defunct şi înserate în Planul de Îngrijire şi Asistență.

Se efectuează toaleta decedatului de către personalul auxiliar al instituției.

După caz, la solicitarea rudelor defunctului şi după folosință, se eliberează o adeverință privind nominalizarea persoanei obligată pentru îndeplinirea înhumării.

Odată cu înhumarea defunctului atât personalul auxiliar deservent responsabil pe etaj cât şi serviciul asistență socială se asigură de

securitatea lucrurilor defunctului, de evacuarea bunurilor proprii defunctului în prezența rudelor/susținătorilor şi se verifică lista de inventar.

Asistenții sociali urmăresc stingerea debitelor defunctului, îndeplinirea datinilor religioase şi completează Fişa de închiderea a cazului.

1.8.2. Beneficiari fără susținători/persoane obligate la înhumare

În cazul în care defunctul nu are susținători legali împuterniciți şi nici familie, se procedează întocmai ca pentru beneficiarii cu susținători/persoane obligate la înhumare, căminul îndeplinind formalitățile legate de deces şi asigurând funeraliile în conformitate cu credința religioasă a beneficiarului. În acest caz defunctul este depus la capela instituției.

Se va obține actului de concesionare a locului de veci dacă nu există deja unul, extrasul după certificatul de deces, ajutorul de înmormântare de la Casa de Pensii şi, după caz ajutorul de înmormântare de la Casa de Ajutor Reciproc a Pensionarilor.

Supervizorul desemnează şi împuterniceşte persoana care va lichida contul deschis din timpul vieții de către beneficiarul fără susținător legal special pentru însumare şi datinile creştineşti. Toate

fondurile aparținătoare defunctului vor fi înmânate responsabilului de caz care va coordona întreaga activitate. Acesta va avea obligația păstrării le dosar a tuturor chitanțelor doveditoare a cheltuielilor efectuate în vederea justificării la orice control avizat.

Responsabilul de caz la nevoie, face dovada inexistenței persoanelor obligate la plata eventualului debit, întocmeşte un referat către Consiliul de Administrație cu propune stingerea debitului.

Cabinetul de asistență socială se ocupă de coordonarea efectuării datinilor religioase conform convingerilor preştiute ale defunctului şi a fondurilor existente şi completează Fişa de închiderea a cazului (cod A.S.14 CPV). Aceasta va conține: data ieşirii/ motivele/ scurt istoric asupra rezidenței în centru/ situația fişei financiare/ cine s-a ocupat de înhumare/data închiderii cazului.

1.8.3. Beneficiari care decedează în spital

În cazul în care beneficiarul internat inițial, decedează, serviciul de Medicină legală din cadrul spitalului anunță telefonic Căminul pentru Persoane Vârstnice ,,Sf. Spiridon".

Serviciul de asistență socială contactează telefonic persoanele împuternicite prin declarație notarială să se ocupe de înhumare şi

facilitează legătura dintre acestea şi serviciul ,,Medicină Legală".

De asemenea consiliază administrativ familia defunctului asupra documentației de înhumare necesare precum şi asupra debitelor existente de la plata contribuției de întreținere în cămin.

În cazul în care decedatul nu are aparținători se urmează procedura 1.8.2 cu specificația că nu va mai fi depus la capela instituției ci la morga spitalului unde a decedat.

1.9. PROCEDURA RECLAMAȚIILOR

Procedura se inițiază la biroul secretariat şi o vizează conducătorul unității.

Orice reclamație internă sau externă referitoare la calitatea unui serviciu prestat sau la adresa unei persoane angajate în instituția noastră se depune spre înregistrare la biroul secretariat, după care se urmează art. 1 şi art. 2 din ,,Circuitul documentelor".

O copie după reclamația înregistrată dar şi după adresa de soluționare se depune la dosarul petiționarului în cazul în care acesta este beneficiar al instituției.

Procedura se controlează prin existența numărului de înregistrare în Registrul special al instituției dar şi a răspunsului aferent documentului.

Feed-back-ul către beneficiar se asigură prin înaintarea către

petiționar a numărului de înregistrare la reclamația sa, i se aduce la cunoştință că răspunsul, în funcție de gravitație, va fi furnizat în maxim 30 de zile; la primirea răspunsului, petiționarul va data şi semna de primire.

2. CABINETUL DE RECUPERARE KINETICĂ

2.1. PROCEDURA ADAPTĂRII PROGRESIVE LA AUTONOMIE A PERSOANEI (se intervine în toate situațiile de îngrijire pe baza prescripțiilor medicale; ei continuă activitatea începută în spital şi contribuie la adaptarea progresivă la autonomia necesară la domiciliu; ei ajută la organizarea locuinței).

La recomandarea medicului se ia cunoştință de urgența aplicării procedurii. Kinetoterapeutul merge la patul beneficiarului şi efectuează masaj şi kinetoterapie pasivă, apoi kinetoterapie cu ajutor, după care, în funcție de aportul beneficiarului, kinetoterapie activă.

Dacă există recomandare de la medicul specialist, se efectuează conform acestora existente în scrisoarea medicală.

Există şi posibilitatea când beneficiarul solicită masaj de relaxare. Acesta se efectuează în funcție de planificările săptămânale ale specialistului. Aceste planificări sunt afişate la loc vizibil, iar beneficiarii sunt înştiințați din timp. Cu o zi înainte de efectuarea oricăror operațiuni kinetice, responsabilul de cameră al

beneficiarului programat este înştiinţat de aceasta în vederea toaletării.

Instituția are în dotare cabinet de kinetoterapie utilat cu: obiecte de inventar specifice acestui domeniu de activitate.

Specialistul are în dotarea proprie fişe de efectuare nominalizate în care sunt specificate: data, operațiunea, durata, semnătura, următoarea programare,observații. Materialele folosite în efectuarea acestei proceduri sunt din dotarea instituției. Dacă beneficiarul doreşte şi-şi poate permite financiar, consumabilele pot fi achiziționate şi de către acesta.

Procedura este responsabilitatea medicului şi a kinetoterapeutului şi are în vedre menținerea stării de sănătate din punct de vedere kinetic.

Responsabilul de caz poate solicita efectuarea acestei proceduri, dacă beneficiarul solicită reprezentare instituțională sau în cazul în care consideră necesar a interveni în binele beneficiarului, se poate adresa medicului instituției.

3. BIROUL FINANCIAR-CONTABIL

3.1. PROCEDURA PLĂȚII

Beneficiarul şi/sau susținătorul legal (sau curatorul acolo unde este cazul) are obligația de a furniza biroului de asistență socială acte atestatoare ale venitului personal şi venitului per membru de familie.

Aceste acte sunt depuse la dosarul personal al beneficiarului – responsabilitate exclusivă a responsabilului de caz.

Beneficiarul şi/sau susținătorul legal (curatorul acolo unde este cazul) are obligația de a face cunoscută orice modificare survenită cu privire la venit şi la datele de identificare.

Furnizorul de servicii sociale are dreptul să solicite orice acte considerate a fi necesare până la elucidarea neclarităților privind situația economică a beneficiarului şi familiei acestuia, ori de câte ori este nevoie, în conformitate cu legislația în vigoare.

Furnizorul de servicii sociale stabileşte pentru fiecare beneficiar, cuantumul contribuției de întreținere în cămin, cât şi persoanele obligate la completarea contribuției de întreținere.

Biroul financiar-contabil emite beneficiarului lunar, factura unde este stipulată suma de plată.

Plata se efectuează la casieria instituției situată la etajul I al căminului, de către beneficiar şi/sau susținătorul legal, până la sfârşitul lunii în curs. Pentru fiecare plată casierul eliberează chitanță. De asemenea plata poate fi efectuată şi prin virament in contul unității deschis la Trezoreria Galați.

Eventualele reglementări survenite în urma învoirilor, spitalizărilor,după data efectuprii plății contribuției, se fac în cursul lunii următoare respectându-se reglementările legislației în vigoare.

Pensionarii nedeplasabili beneficiază de posibilitatea efectuării plății în cameră, casierul în acest caz fiind însoțit de responsabilul de caz.

La sfârşitul fiecărei zile de plată, casierul are obligația completării registrului de casă (în două exemplare) care cuprinde încasările şi plățile nominalizate; un exemplar rămâne la casier şi unul la contabilul şef, pe baza căruia se fac înregistrările în contabilitate şi fişa sintetică.

Contabilul unității înregistrează plata încasată în fişa de client numită fişă analitică. La sfârşitul lunii, întocmeşte situația cu debitorii, în patru exemplare: pentru contabilitate, responsabilul de caz, consilier juridic şi director.

Procedura este responsabilitatea exclusivă a biroului financiar-contabil şi se verifică astfel: Înregistrarea încasărilor se face pe baza registrului de casă – în fişa de cont sintetică, şi pe baza chitanțelor – în fişele de cont analitice deschise pentru fiecare debitor în parte. La sfârşitul lunii, suma încasată şi înregistrată în fişele analitice trebuie să coincidă cu suma înregistrată în fişa sintetică.

4. BIROUL JURIDIC

4.1. PROCEDURA CONSULTAȚIEI JURIDICE

Beneficiarul aduce la cunoştința consilierului juridic problema juridică cu care se confruntă. La solicitarea consilierului juridic,

beneficiarul argumentează cu acte doveditoare până la elucidarea neclarităților. Pentru rezolvarea cât mai eficientă a problemei prezentate, beneficiarul va colabora în totalitate cu consilierul juridic prin prezentarea eventualelor documente sau orice alte acte probatorii pe care le are în posesie sau pe care urmează să le procure la îndrumarea specialistului.

În funcție de complexitatea problemei, documentele probatorii puse la dispoziția specialistului, pot avea ca o finalitate imediată sau una prelungită promovarea, acțiunii în fața instanțelor de judecată, a notarului public sau a oricărei alte instituții publice sau private abilitată.

În cazul în care problema juridică sesizată specialistului propune promovarea unei acțiuni în fața instanței de judecată, la solicitare, beneficiarul lipsit de susținători legali şi care se află în imposibilitatea de a se deplasa (pe baza documentelor medicale), poate fi reprezentat în fața instanțelor judecătoreşti de către specialistul instituției pe baza unei procure speciale notariale de împuternicire în acest sens.

4.2. PROCEDURA STINGERII LITIGIILOR

a) pe cale amiabilă

Persoanele care au restanțe sunt în primă fază consiliate de responsabilul de caz care are obligația înştiințării conducerii asupra

motivațiilor acumulării debitelor. Consiliul de administrație stabileşte următoarele demersuri ce se vor efectua în vederea stingerii acestora după cum urmează: dacă debitul s-a produs din motive obiective se hotărăşte în conformitate cu propunerile responsabilului de caz termenele şi măsurile ce se impun (se va ține cont de specificitatea cazului şi de antecedente). Dacă debitul depăşeşte trei luni, asistentul social va înştiința biroul juridic care va proceda la înştiințare scrisă/notificare/consiliere. Beneficiarul debitor va fi înştiințat în scris de continuarea demersurilor efectuate de către furnizor.

Responsabili: responsabilul de caz şi/ sau consilierul juridic.

b) poprire.

După epuizarea tuturor demersurilor pe cale amiabilă sus amintite, în conformitate cu prevederile Legii 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice cu modificările şi completările ulterioare, înainte de sesizarea instanței de judecată, furnizorul are posibilitatea recuperării debitelor şi prin instituirea măsurii de poprire în baza angajamentului de plată care este titlul executoriu nefiind necesar investirea acestuia cu formulă executorie.

Poprirea se înființează printr-o adresă către Casa Județene de Pensii, din partea furnizorului, însoțită de angajamentul de plată sus

menționat, în condițiile legii. Peste două luni apar viramentele, Casa Județeană de Pensii emite tabel cu persoanele la care s-au făcut reținere – în care este stipulată suma, pe baza căreia se fac înregistrările în fişa analitică. Dacă beneficiarul şi/sau susținătorul legal continuă să acumuleze debite, fără a face dovada incapacității obiective de plată, este înştiințat scris că s-au epuizat formalitățile de soluționare amiabilă şi că va fi acționat în instanță.

Responsabili: biroul contabilitate şi consilierul juridic.

c) prin instanță

În cazul în care soluționarea cauzei nu a fost posibilă pe cale amiabilă, potrivit art. 109 Cod Procedură Civilă, furnizorul se poate îndrepta împotriva beneficiarului debitor şi/sau susținătorului legal printr-o cerere înaintea instanței competente.

Se porneşte acțiunea civilă, se stabileşte primul termen de judecată de către instanța legal investită cu judecarea cauzei, după care părțile legal citate se vor prezenta în fața instanței de judecată. În cadrul procesului, la solicitarea completului de judecată, oricare dintre părți poate prezenta probe materiale, testimoniale (audierea martorilor) sau expertize judiciare pentru soluționarea eficientă a cauzei.

În funcție de rezultatul primei instanțe de judecată (instanța de fond), orice persoană interesată poate ataca soluția respectivă prin

introducerea apelului.

Hotărârile date în primă instanță de judecătorie sunt supuse apelului la tribunal. Termenul de apel este de 15 zile de la comunicarea hotărârii, dacă legea nu dispune altfel. Apelul se depune la instanța a cărei hotărâre se atacă, sub sancțiunea nulității.

Hotărârile instanței de apel sunt supuse recursului în condițiile prevăzute de lege. Recursul se soluționează de instanța imediat superioară celei care a pronunțat hotărârea de apel. Termenul de recurs este de 15 zile de la comunicarea hotărârii, dacă legea nu dispune altfel. Recursul se depune la instanța a cărei hotărâre se atacă, sub sancțiunea nulității.

Responsabilitate exclusivă a consilierului juridic.

d) prin executare silită

Nici o hotărâre judecătorească nu se va putea executa dacă nu este investită cu formulă executorie, afară de încheierile executorii, de hotărârile executorii provizorii şi de alte hotărâri prevăzute de lege, care se execută fără formulă executorie.

Investirea hotărârilor cu fără formulă executorie se face de prima instanță. Investirea hotărârilor cu formulă executorie se face la cererea părții interesate, care trebuie depusă la instanța care a pronunțat hotărârea asupra fondului. Executarea hotărârilor judecătoreşti este ultima fază a procesului. Scopul acesteia este de a duce la îndeplinire

măsurile luate în instanță.

Hotărârea poate fi executată de bunăvoie de cel obligat, dar când partea obligată, denumită debitor sau urmărit, refuză să-şi execute obligația, se impune să existe o reglementare astfel încât să fie executat.

Punerea în executare şi apoi întreaga procedură de executare silită trebuie să se facă cu respectarea strictă a dispozițiilor legale care o reglementează.

3.3.2. POSIBILĂ ALTERNATIVĂ LA REZIDENȚĂ: CREAREA UNEI AGENȚII SOCIALE

SECȚIUNEA A. DATELE GENERALE DESPRE CĂMIN"

Denumire: Căminul pentru Persoane Vârstnice "Sf. Spiridon"

Adresa: Municipiul Galați, str. Domnească nr.160 bis

Telefon/fax: 0236 - 479414

Data înființării legale: 29.04.1977

SECȚIUNEA B. DATE GENERALE DESPRE STRATEGIE

Denumirea: Servicii Sociale Comunitare integrate acordate prin Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" Galați

Durata: nedeterminată

Locul de desfăşurare: Municipiul Galați

SECȚIUNEA C. DESCRIERE

1. Justificare şi oportunitate

Municipiul Galați este al cincilea oraş ca mărime din România, cu o populație de aproximativ 365.000 de locuitori, lucru care recomandă crearea serviciilor sociale cu caracter preventiv. Fapt documentat statistic, populația țării se afla într-un proces de îmbătrânire, datorită scăderii accentuate a ratei natalității, coroborată cu scăderea nivelului de trai. Astfel, piramida populației suferă modificări de structură, cu consecințe grave asupra sistemului societal în care trăim, lucru care cu greu va putea fi controlat în lipsa agențiilor furnizoare de servicii sociale pentru generația a III a.

Îmbătrânirea populației presupune:

- apariția şi multiplicarea bolilor specifice vârstnicilor: ateroscleroza, osteoporoza, scăderea acuității auditive si vizuale, boli cardio - vasculare, declinul procesului de memorare;

- riscul menținerii unor prejudecăți, stereotipii şi/sau abordări discriminatorii în perceperea acestei categorii de vârstă;

- apariția problemelor de ordin economic ale comunității, în sensul scăderii numărului de contribuabili la bugetul local;

- creşterea exponențiala a numărului de cereri privind asistența în cămine pentru vârstnici;

- scăderea capacității de reproducere a populației.

În prezent la nivelul municipiului, se manifesta o "foame" de asistență socială pentru vârstnici; la biroul de specialitate al căminului sunt în curs de aşteptare 80 de cereri pentru obținerea unui loc. La acelaşi birou, la relațiile cu publicul, zilnic se înregistrează solicitări de informații şi internare din partea bătrânilor municipiului. La evaluarea inițială, se identifică numeroase nevoi printre care cele mai frecvente sunt: găzduire, îngrijiri de tot felul, nevoia de securitate, nevoia de socializare, nevoi economice, crize psihologice, violențe, teama de a întâmpina moartea singur şi implicit înhumarea etc. Totodată sunt semnalate şi crizele familiilor susținătoare care, datorită nevoii permanente de îngrijire a persoanelor cu care habitează, trebuie să renunțe la viața personală. Aceste nevoi por fi soluționate fie prin internare fie, şi cred că mult mai bine, prin menținerea şi oferirea de servicii la domiciliu.

La primă vedere se pare că propunerea mea nu aduce nimic nou, actualmente existând cămine pentru instituționalizare şi felurite fundații pentru servicii comunitare.

Din experiența acumulată în aproximativ 10 ani de lucru cu această categorie de beneficiari, pot concluziona următoarele: există un înalt grad de reticență a vârstnicului singur care are posibilitatea menținerii la domiciliu, în serviciile ONG-urilor. Acest lucru este

cauzat de conştientizarea faptului că serviciile acordate de fundații sunt pentru o perioadă determinată şi acoperă doar o parte din nevoile pe care le are.

Potențialul beneficiar al unei astfel de agenții, are siguranța soluționării nevoile existente, cât şi a celor viitoare, inclusiv pentru îngrijirile paleative şi toate cele legate de înhumare.

2. Obiective

- acordarea de servicii diversificate în vederea creşterii calității vieții;

- menținerea vârstnicilor cu venituri satisfăcătoare în propriul domiciliu;

- asistarea în cămin a bătrânilor fără locuință şi/sau cu pensii modeste;

- scăderea presiunii sociale externe din partea solicitanților de asistenta care se exercita asupra căminului pentru persoane vârstnice;

- acordarea unui timp de respiro familiilor care au unul sau mai mulți dependenți vârstnici în îngrijire prin internarea pe termen scurt (concedii, sfârşit de săptămână).

3. Conținut

Strategia îşi propune realizarea unui serviciu de tip agenție, subordonat căminului pentru persoane vârstnice sau, serviciul care va soluționa conform evaluărilor cazurile aflate în situații de risc

social la propriul domiciliu.

Ca instituție de asistență socială, activitatea este centrată pe respectarea standardelor legale. Acest lucru nu este, însă posibil în anumite direcții, cauzele fiind independente de voința noastră. Asigurarea unui tablou al serviciilor sociale de calitate reprezintă un deziderat pentru noi. Greutățile de ordin financiar-economic; au generat în diferite situații, stări de frustrare atât în rândul beneficiarilor serviciilor noastre, cât şi al salariaților. În furnizarea serviciilor noastre, pornim de la principii simple, dar acceptate de o societate normală, chiar dacă aceasta se află în plin proces de restructurare. Concluzionând, noi putem afirma că investițiile în serviciile sociale, indiferent de natura acestora şi indiferent cui se adresează, sunt extrem de necesare. Contextul nou creat, care are în centrul său asigurarea unor finanțări care să ridice calitatea serviciilor din municipiul Galați, va trebui valorificat la maximum. De aceea ne facem datoria de a propune un set de măsuri care să vină în sprijinul sistemului asistențial din Galați. Căminul pentru Persoane Vârstnice ”Sf. Spiridon” este una dintre instituțiile consacrate în peisajul serviciilor din municipiu. Perspectiva sociologică sumbră a îmbătrânirii populației trebuie, luată în calculul viitorului design social al comunității. Profilul unei aşezări umane este caracterizat prin grija pe care o acordă aceasta membrilor săi

aflați în dificultate. Suntem conştienți de nivelul mare al necesarului de investiții la nivelul căminului, dar orice analiză în această direcție trebuie să pornească de la stadiul istoric al punerii în funcțiune, în cazul de față anul de referință fiind 1977. Multe dintre dotările actuale ale aşezământului corespund acelor vremuri. Vom enumera în cele ce urmează îmbunătățirile care vor trebui făcute, acestea având mai multe finalități - creşterea calității serviciilor furnizate în sistem public, salvgardarea resurselor energetice pe care le avem la dispoziție, îmbunătățirea infrastructurii de asistență socială existente şi repartizarea judicioasă a serviciilor în cadrul comunității noastre.

Investiții care se impun la nivelul căminului.

Lista pe care noi o propunem nu are pretenții de exhaustivitate, dar în situația aprobării unor finanțări pe categoriile enumerate vor contribui decisiv la creşterea calității procesului de asistare şi nu numai:

Recompartimentarea camerelor existente la parterul clădirii pentru club, cabinet stomatologic, cameră de vizite .

Impact preconizat: Reinserție socială.

Crearea unui sistem informatic la nivelul instituției, (tehnică de calcul), practic inexistent la ora actuală

Impact preconizat: o facilă monitorizare şi referire/raportare a cazurilor.

Crearea unui sistem de supraveghere video.

Impact estimat: creşterea siguranței asistaților şi a angajaților.

Dotarea cu aparatură specifică modernă: bucătărie, cabinet medical, cabinet de asistență socială, sală de kinetoterapie, cabinet stomatologic, sală de activități (socializare, relaxare), spălătorie.

Dotarea cu autoutilitare (microbuz, salvare, maşină de aprovizionare echipată corespunzător), având în vedere numărul mare de asistați.

Resistematizarea parcului aferent instituției.

Crearea unui sistem coerent de perfecționare al salariaților.

Avantajele înființării serviciului pe lângă cămin constau în următoarele:

- Nu trebuie efectuate multe angajări ci doar o suplimentare a numărului de posturi speciale pentru acordarea de îngrijiri la domiciliu;

- Exista deja colaborări pe domeniul asistării, este cunoscută problematica vârstnicilor

- Se realizează mai uşor grupuri active de ajutor, constituite din bătrâni asistați în cămin, care au posibilități fizice de a ajuta pe cei mai în vârstă, imobilizați în mediul propriu ("bătrâni - tineri" care să ajute "bătrânii - bătrâni").

- Coordonarea şi monitorizarea activității este realizata într-un

singur "centru de resurse", iar raportările se vor face periodic la consiliu local sau primărie.

4.Tip: Transformarea căminului în agenție de servicii sociale cu îngrijire la sediul unității, la domiciliul vârstnicilor care solicită internare dar au posibilități de locuire în propria casă şi servicii de respiro.

SECȚIUNEA D. BENEFICIARI

1. Beneficiari direcți: Vârstnici defavorizați din Municipiul Galați.

2. Beneficiari indirecți: Furnizorii de servicii existenți la nivel neguvernamental, comunitatea locală.

3. Criterii de selecție a beneficiarilor

- sa fie înregistrați cu cerere pentru obținerea dreptului de asistență în cămin sau să fie deja asistați ai căminului;

- vârsta legală de pensionare;

- să se afle în situație de risc social: violență domestică, socială, economică sau psihologică;

- venituri modeste, aflate sub pragul minim comunicat de guvern sau MMSS;

- lipsa susținătorilor legali sau aceştia se află în incapacitate temporară de a-şi îndeplini obligațiile legale;

- existența nevoii de îngrijire de tip medico-social, paliativ, menaj.

De aceste servicii pot beneficia contra cost şi vârstnici cu venituri normale, peste medie. Costurile pe care le vor suporta aceştia vor fi stabilite prin hotărâre a consiliului local, iar sumele obținute vor fi dirijate spre finanțarea activității, în principal furnizarea de servicii către bătrânii fără venituri sau cu venituri mici.

Număr minim de beneficiari: 50.

SECTIUNEA E. REALIZARE

Descrierea activităților

Nr. Crt	**TITLUL ŞI DESCRIEREA ACTIVITĂȚII**	**RESURSE NECESARE**	**REZULTATE AŞTEPTATE**
0	1	2	3
1.	Identificare oportunități de finanțare	Echipă de scriere proiecte formată din salariați ai căminului (director, asistenți sociali, medic, contabil, administrator)	Obținere finanțări externe; Modernizare cămin Creşterea calității serviciilor furnizate
2.	Identificare beneficiari, evaluare socio-medicală şi consiliere individuală (permanent)	Umane: 1 asistent social; Financiare: 1000lei/lună (salariu)	Creşterea adresabilității privind oferta de servicii de ajutor la domiciliu pentru un număr de minim de 50 beneficiari la domiciliu şi 150 de beneficiari internați în cămin; Creşterea gradului de securizare emoțională

3.	Îngrijire medicală (serviciu permanent)	Umane: 1 asistent medical, 3 infirmiere, Financiare: 3500lei/lună (salariu)	Menținerea şi monitorizarea stării de sănătate a beneficiarilor comunitari
4.	Menaj la domiciliu (serviciu permanent)	Umane: 5 îngrijitoare: Financiare: 3000 lei/lună (salarii)	Menținerea stării de igienă la domiciliul tuturor beneficiarilor
5	Masa pe roți (permanent)	Umane:1 bucătar, 1 şofer Financiare:800lei/lună (salariu)	Asigurarea a cel puțin o masă caldă pe zi
	Evaluarea serviciilor oferite prin aplicare de chestionare unui eşantion reprezentativ al beneficiarilor (semestrial)	Umane: director, medic, asistenți sociali	Asigurarea unui nivel înalt de satisfacție a beneficiarului prin urmărirea indicatorilor de performanță

NOTA: 1) Resursele financiare sunt exprimate la nivelul lunii decembrie 2009. Se mai pot adaugă unele cheltuieli administrative neprevăzute.

2) Funcțiile care sunt subliniate reprezintă suplimentarea cu personal față de normativul căminului, existent în prezent.

SECȚIUNEA F. EXPLOATARE ŞI ÎNTREȚINERE

Cheltuielile lunare de întreținere a serviciilor vor fi conforme cu standardele legale în vigoare, dar având în vedere că sediul noilor servicii coincide cu sediul administrativ al căminului, acestea vor fi reduse.

În eventualitatea în care consiliul local şi primăria pot oferi cu titlu gratuit un spațiu, activitatea se poate desfăşura la parametrii înalți de calitate, fără a împieta asupra desfăşurării activității pe cele

două componente: cămin şi domiciliu.

SECȚIUNEA G. PERENITATEA STRATEGIEI

Anual prin bugetul local vor fi prevăzute sumele necesare bunei desfăşurări a serviciilor sociale comunitare, oferite prin Căminul pentru Persoane Vârstnice "Sf. Spiridon", ca o alternativa la prestațiile oferite de organizațiile non guvernamentale şi totodată ca premisă a dezvoltării serviciilor în anii următori, în funcție de posibilitățile financiare. Se poate examina ideea de a obține fonduri externe nerambursabile.

3.4. Concluziile cercetării

Îmbătrânirea populației reprezintă o acerbă problemă economico-socială, întrucât afectează un mare număr de persoane, interesând nu numai populația respectivă, ci şi factorii decizionali şi societatea în general, care suportă consecințele importante. Fenomenul reclamă acțiuni sociale concrete şi conjugate care să influențeze o evoluție în sensul autonomiei şi bunăstării vieții vârstnicilor, al îmbătrânirii sănătoase, al asigurării unei vieți de calitate, cu costuri sociale cât mai scăzute.

Fiecare stat protejează drepturile şi libertățile cetățenilor săi vârstnici, în funcție de realitățile şi particularitățile sale economice,

sociale, culturale. Mondial, au apărut preocupări majore pentru protecţia juridică a populaţiei vârstnice, aflată în creştere, precum şi demersuri de aderare la un corp comun de norme. Ansamblul de documente elaborate de organizaţiile internaţionale (ONU, OMS, Consiliul Europei, UE) demonstrează un interes deosebit faţă de fenomenul îmbătrânirii populaţiei şi faţă de necesitatea protecţiei sociale a persoanelor vârstnice, fapt care atestă actualitatea şi importanţa temei.

Problematica protecţiei sociale a vârstnicilor se plasează negreşit în contextul opţiunii ţării noastre de integrare în Uniunea Europeană. Iar sistemul rezidenţial de asistenţă socială al persoanelor vârstnice devine o componentă tot mai importantă în cadrul sistemului naţional de asistenţă socială, fiind accesat de un număr crescând de vârstnici care se regăsesc în situaţii de risc social: venituri insuficiente, imposibilitatea gestionării resurselor financiare şi materiale, polipatologia specifică vârstei a treia, lipsa susţinerii familiale şi/sau neadaptarea mediului familial la incapacitatea vârstnicului, scăderea importanţei rol-statuss-ului vârstnicului în comunitate, lipsa spaţiului corespunzător de locuit sau menţinerea la domiciliu nu este posibilă din motive socio-medicale, abuzuri fizice etc.

Căminul pentru Persoane Vârstnice “Sf. Spiridon” Galaţi” se

înscrie pe linia consolidării şi dezvoltării reţelei de servicii sociale fiind respectată linia privind asigurarea unui număr suficient de instituţii de îngrijire şi asistenţă destinate vârstnicilor, precum şi creşterea calităţii serviciilor rezidenţiale.

Deşi instituţionalizarea vârstnicului, la nivel mondial, este cotată ca o ultimă măsură într-o intervenţie, totuşi în ţara noastră este destul de preferată, luându-se în calcul reticenţa clientului privind serviciile comunitare şi numărul mare de solicitări de internare care aşteaptă (din lipsă de locuri) şi doi - trei ani pentru a fi soluţionate.

Nevoia de ajutorarea a acestui segment al populaţiei noastre în creştere de altfel, accesând posibilităţile reale, existente, fac necesară **identificarea strategiilor de intervenţie** şi implicit, optimizarea acestora în vederea atingerii ajutorului scontat folosind eficient resursele de care dispunem. Deloc de neglijat este şi faptul că mecanismele de aplicare ale legislaţiei române actuale pentru aceasta categorie de beneficieri, sunt incerte şi uneori imposibile de aplicat accentuând disfuncţiile sistemului.

Obiectivul lucrării de faţă a fost mai întâi şi în principal unul de cunoaştere al fenomenului *senectute*, încercând o sinteză a problematicii legate de bătrâneţea normală şi cea patologică, o surprindere a fenomenului de la cauză la afect şi mai apoi propuneri de eventuale programe de acţiune, de intervenţie în asistarea

vârstnicului rezident precum şi o posibilă alternativă la instituționalizare.

Există mai multe teorii care încearcă să stabilească cauzele îmbătrânirii mai mult sau mai puțin contestate, există îmbătrâniri reuşite sau mai puțin reuşite, cert este că acest fenomen este sigur şi ne va atinge pe fiecare. Fenomenul poate fi explicat, *etiologizat,* dar el există şi nu poate fi eradicat. Mai devreme sau mai târziu fiecare membru al societății va îmbătrâni. Acest adevăr trebuie să vectorizeze pozitiv nişte forțe, să preîntâmpine nişte consecințe evidente, să declanşeze crearea unui cadru normativ eficient, să găsească alternative, să accentueze necesitatea asigurării de resurse şi de folosire a celor existente în mod eficient.

Lucrarea de față nu a putut cuprinde tot aspectul legat de fenomen şi implicit a strategiilor de lucru cu întreaga populație de vârsta a III-a, ci doar a încercat o cunoaştere a fenomenului şi a identificat strategii de intervenție asupra unui segment al populației vizate şi anume: vârstnicul rezident. De asemenea s-a preocupat de întocmirea unei alternative de loc utopice, ba chiar puternic străbătută de praxiologie fără a elimina teoria şi axiologia.

Lucrul cu această categorie de beneficiari solicită o echipă pluridisciplinară, cu specialişti din domenii precum: asistența socială, asistența medicală, juridic, psihologic, economic, de

recuperare kinetică etc. Prin urmare, am categorisit în conformitate cu ipotezele sus menționate, procedurile de lucru pe cabinete, după cum urmează:

a) BIROUL DE ASISTENȚA SOCIALĂ:

- Procedura de evaluare inițială;
- Procedura de evaluare complexă;
- Procedura de admitere în centru;
- Procedura de informare;
- Procedura de reevaluare;
- Procedura de consiliere administrativă;
- Procedura ieşirii din centru;
- Procedura decesului;
- Procedura reclamațiilor.

b) CABINETUL DE RECUPERARE KINETICĂ:

- Procedura adaptării progresive la autonomie a persoanei.

c) BIROUL FINANCIAR-CONTABIL:

- Procedura plății.

d) BIROUL JURIDIC:

- Procedura consultației juridice;
- Procedura stingerii debitelor;
  - pe cale amiabilă;
  - poprirea;

- prin instanță;
- prin executare silită.

Deoarece sistemul şi legislația din sectorul medical este mult mai bine pusă la punct decât din cel social, procedurile legate de îngrijirile medicale din instituția studiată, nu au făcut subiectul prezentei lucrări. Lipsa specialiştilor din domeniu psihologiei clinice din instituție, a determinat amânarea stabilirii procedurilor de lucru. De asemenea evaluarea performanțelor realizate prin aplicarea acestor proceduri nu a putut fi cuprinsă, ea fiind obiectivul de cercetare al altei lucrări.

CAPITOLUL IV. STUDIU DE CAZ.

INSTITUTIILE REZIDENȚIALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A VÂRSTNICILOR -ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII VIEȚII ÎN CĂMINUL PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE LACU- SĂRAT

IV.1. PREZENTARE GENERALĂ

CĂMINUL PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE – LACU SĂRAT

Căminul pentru persoane vârstnice „ LACU - SĂRAT ”, cu sediul în județul Brăila, Stațiunea Lacu - Sărat, str. Aleea Centrală nr.1, îşi desfăşoară activitatea din 12.01.2004.

Căminul este organizat în jurul unei clădiri existente, realizată în perioada anilor 1978 - 1983 cu destinația de „Cămin nefamilişti„ clădire ce a fost achiziționată de la o fostă unitate industrială, respectiv C.F.A. Brăila, iar ulterior a devenit patrimoniu al Primăriei Brăila şi funcționează ca şi cămin pentru persoane vârstnice.

În această clădire s-au amenajat spații de cazare pentru un număr de maximum 139 de paturi, iar funcțiunile adiacente s-au organizat în jurul unei clădiri:

- **corpul B** - PRIMIRE-REPARTIZARE- ADMINISTRAȚIE ASISTENȚĂ SOCIALĂ;

- **corpul C** - „GRUP GOSPODĂRESC„ - BUCĂTĂRIE ŞI PUNCT TERMIC.

Începând din anul 2006, Căminul pentru persoane vârstnice „Lacu - Sărat„ Brăila este o unitate acreditată conform Deciziei nr. 02/ 26.01.2006, pentru următoarele servicii sociale :

1. Găzduire pe perioadă nedeterminată ;
2. Asistență medicală şi de îngrijire;
3. Socializare şi petrecere a timpului liber ;
4. Consiliere psihologică,

în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 1024/ 2004.

Grupul țintă este reprezentat de următoarele categorii de persoane vârstnice care:

- necesită îngrijire medicală permanentă ;
- nu se pot gospodări singure ;
- sunt lipsite de susținători legali sau aceştia nu pot să îşi îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice ;
- nu au locuință şi nu realizează venituri proprii.

Căminul pentru persoane vârstnice asigură persoanelor asistate servicii sociale, cum ar fi :

- servicii de bază : ajutor pentru igiena corporală, îmbrăcare- dezbrăcare, hrănire, comunicare ;
- servicii de suport : activități de petrecere a timpului liber, companie, deplasări în exterior ;
- asigură servicii medicale ;
- asigură servicii de recuperare şi reabilitare , psihoterapie.

IV. 2. MANAGEMENTUL ÎNBUNĂTĂȚIRII CALITĂȚII VIEȚII – STUDIU PRACTIC CONSTATATIV

Am efectuat un studiu practic constatativ elaborând următorul proiect de intervenție cu privire la managementul calității vieții.

Scopul cercetării

Îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice asistate în Căminul pentru Persoane Vârstnice „Lacu Sărat".

Obiectivele cercetării

- redobândirea demnității şi a echilibrului psihoafectiv;
- conservarea statusului funcțional;
- scăderea prevalenței stărilor morbide;
- prelungirea duratei de viață a asistaților;
- creşterea calității serviciilor de asistență socială.

Motivația demersului cercetării

Vârsta înaintată, ca şi debutul în viață, cer o atenție deosebită, dragoste şi înțelegere, toleranță, o implicare fermă şi calificată a personalului angrenat în ocrotirea / îngrijirea acestor categorii de persoane defavorizate. Însă toate acestea nu sunt de ajuns pentru a nivela calea bătrânului izgonit de familie şi bătut de soartă, ajuns la finele vieții fără posesiuni şi speranță în ziua de mâine; drept pentru care considerăm ca şi o datorie morală a societății în a se implica pentru creşterea calității vieții a acestor prigoniți ai sorții. În ceea ce ne priveşte, considerăm ca necesară modelarea/ajustarea mediului în funcție de necesitățile grupului țintă.

Beneficiile care se obțin sunt următoarele:

- dezvoltarea unității socio-culturale, a solidarității, astfel atingându-se scopurile esențiale ale organizației;
- stare de bine resimțită atât în plan fizic, cât şi mental;
- creşterea duratei de viață şi prevenția stărilor morbide;
- crearea unui standard calitativ ridicat(etalon), care să genereze norme de dezvoltare comunitară:
- redobândirea demnității
- eliminarea din conştiința comună a stigmatului „azil”

În mod concret, toate aceste deziderate se pot realiza cu eforturi minime din partea comunității.

Grupul țintă

Toate cele 140 persoane vârstnice găzduite în cămin.

Activități

În concretizarea activităților de evidențiere a deficitului în managementul calității s-au utilizat metode de evaluare bi-direcțională, sondând atât opiniile beneficiarului de servicii cât şi cele ale furnizorului de servicii, astfel încât s-au obținut puncte comune ce descriu necesitățile minime necesare pentru un standard de viață aferent societății pe care dorim să o dezvoltăm.

- Se identifică prin cuantificare directă, aplicând tehnica chestionarelor atât beneficiarului de servicii cât şi furnizorului de servicii medico-sociale, utilitățile deficitare sau inexistente.
- Se identifică prin tehnica de brainstorming efectuată cu factorii de conducere şi decizie din cadrul organizației principalele şapte utilități ce sunt strict necesare pentru a creşte calitatea vieții persoanelor vârstnice în căminul „Lacu Sărat"cât şi pentru îmbunătățirea calității serviciilor oferite de instituție, ca obiectiv atingându-se standardele Comunității Europene.

Utilitățile astfel identificate sunt după cum urmează:

1. Centrală telefonică (cu apel prin operator);
2. Centru de Recuperare medicală şi Fizioterapie;
3. Reamenajare ferestre - termopan;
4. Cabinet stomatologic;
5. Dotarea Serviciului medical cu aparatură şi tehnică medicală, la un standard minim necesar;
6. Interconectarea departamentelor vitale din instituție la un sistem informatic;
7. Microbus.

1. Necesitatea unei ***centrale telefonice*** se justifică prin nevoia stabilirii unei comunicări mai eficiente interdepartamentală cât şi în exterior cu unitățile cu care căminul interacționează - Consiliul Local, Direcția de Asistență Socială, Spitale, Serviciul de Ambulanță, alte unități de profil - în vederea soluționării mai rapide a problemelor apărute. De asemenea, unde este cazul, se poate lua legătura cu rudele persoanelor vârstnice asistate şi invers, rudele pot obține relații pertinente direct de la cei ce se ocupă de cazul respectiv cu promptitudine (ex. Compartimentul medico-social).

2. ***Centrul de Recuperare medicală şi Fizioterapie*** se justifică din următoarele considerente:

- existența multitudinii cazurilor cu afecțiuni locomotorii şi reumatismale, ştiut fiind faptul că vârsta a-3-a se caracterizează printr-o incidență crescută a bolii artrozice şi a reumatismului degenerativ;
- supraaglomerarea centrului existent în Stațiunea Lacu Sărat;
- numărul crescut de persoane vârstnice care au în antecedente accidente vasculare cerebrale de pe urma cărora au rămas cu sechele (hemipareze, hemiplegii), precum şi a persoanelor vârstnice cu fracturi de col femural, care se ştie că necesită includerea într-un program permanent de recuperare medicală şi fizioterapie;
- prin includerea vârstnicilor în gimnastica de recuperare medicală, se obține şi o scădere a prevalenței bolilor cardiovasculare (unde în cazul nostru reprezintă un procent de 52% din numărul total de asistați), ştiut fiind faptul că gimnastica medicală a avut întotdeauna un efect benefic în acest sens şi mai mult se obține şi o scădere a costurilor pe medicația aferentă acestor boli. Activitatea fizică are un rol preventiv şi influențează pozitiv funcțiile sistemului respirator, cardio-vascular, digestiv, nervos, întreține tonusul emotiv şi se realizează o bună funcționalitate, ceea ce asigură o adaptare a organismului la situații noi. Efectuată zilnic

şi cu discernământ, activitatea fizică, asigură o marcantă relaxare psihică, creează sentimentul tonic al utilității şi independenței. S-a demonstrat ştiințific că mişcarea favorizează longevitatea. Lipsa de mişcare la persoanele vârstnice atrage accentuarea osteoporozei, tendința la constipație, depresii, favorizează apariția infecțiilor urinare şi pulmonare.

3. Reamenajare ferestre - termopan.

Experiența a demonstrat că actuala configurare a căminului cu ferestre pe toc de lemn este deosebit de dezavantajoasă:

- implică costuri mari pe întreținere (vopsire, chituire, înlocuire elemente deteriorate);
- nu asigură o etanşare optimă şi consecutiv există pierderi din temperatura ambientală (în camere, pe holuri, oficii, săli de mese, cabinete socio – medicale);
- determină costuri ridicate la plata agentului termic;
- implică costuri de reparații/renovare a peretelui aferent ferestrei, datorate pătrunderii apei în timpul intemperiilor;
- creează un disconfort psihosomatic generalizat în rândul persoanelor vârstnice găzduite în cămin, care la rândul său implică costuri suplimentare pe medicația aferentă.

4. ***Cabinetul stomatologic*** este absolut necesar, întrucât se ştie că vârsta înaintată duce la deprecierea pâna la pierderea totala

a dentiției. În cazul de față ne confruntăm cu un procent de 100% din totalul persoanelor asistate, persoane cu probleme majore de sănătate ale gurii şi gingiei.

Din perspectiva socială, acest fapt se caracterizează prin tendința individuală la autoexcludere, izolare, ceea ce contravine scopului propus al organizației noastre; ca şi instituție de suport social.

Din perspectiva economică, se justifică prin economiile pe care le-ar realiza beneficiarii şi accesibilitatea mărită la acest serviciu dacă acesta ar fi accesibil în cadrul căminului, iar investiția ar putea fi acoperită în timp prin practicarea unei taxe similare cu cele practicate de cabinetele din Policlinicile orăşeneşti plată care se va adiționa veniturilor extrabugetare ale instituției.

5. De asemenea, este necesară o ***dotare suplimentară a cabinetului medical*** cu:

- electrocardiograf – în vederea înregistrării electrocardiogramei, datorată faptului că cei mai mulți pacienți prezintă boli cardiovasculare.

- oxigenator şi tub de O_2 – pentru pacienții cu boli pulmonare cronice, care necesită administrarea de O_2 , precum şi pentru cei cu boli cardiovasculare la care saturația de O_2 din sânge este scăzută.

- instrumentar de tehnică medicală.

Practica demonstrează necesitatea creării unui fond dedicat pentru medicamente şi materiale sanitare, întrucât persoanele aflate în întreținere sunt vârstnici, cu sănătatea precară şi în marea lor majoritate dependenți de medicație permanentă. Sub un astfel de tablou clinic, deseori se întâmplă ca aceşti vârstnici să dezvolte simptomatologii ale unor boli cu debut rapid sau situații de urgență care cer şi justifică necesitatea existenței unui aparat de urgență bine utilat. Considerăm că este bine ştiut că mai uşoară este prevenția decât tratamentul. Încercând să subliniem importanța dotării cu un minimum necesar al compartimentului medical, vom da următorul exemplu:

Odată cu înaintarea în vârstă şi mai cu seamă odată cu pierderea dentiției, apar probleme legate de deglutiție care pot determina obturarea căilor aeriene cu bol alimentar. În asfixia mecanică determinată de bolul alimentar este absolut necesar a se interveni în dezobstrucția căilor respiratorii prin sondare laringoscopică în primele 3'-5' orice intrevenție survenită după acest interval de timp nu mai poate garanta viabilitatea persoanei în cauză.

6. ***Sistemul informatic.***

La nivel administrativ se constată un blocaj al activităților, concretizat printr-un decalaj temporar consecutiv necesității de preluare şi prelucrare a datelor din cadrul instituției datorat lipsei

unui sistem informatic.

Prezența acestui sistem informatic, concretizat printr-o rețea de calculatoare, în număr de 9 terminale, care să gestioneze compartimentelor socio-medicale cât şi direcției-contabilitate este impetuos necesară. Astfel se va putea avea o bază de date în care se vor putea monitoriza şi gestiona servicii, costuri, activități administrative, inducând consecutiv o creştere a calității activității în instituție.

Sistemul în sine, pe lângă importanța deosebită ce o are în managementul calității, se poate realiza cu un minim de efort financiar uzând de cartarea porturilor prin router + swich, astfel se obține un server DHCP cu un consum nesemnificativ de energie electrică şi un management facil al rețelei.

Vom schița un astfel de sistem şi relațiile interdepartamentale:

A. DIRECTOR- server de rețea sau cartare porturi prin router;

Va gestiona întreaga activitate, având acces la toate bazele de date din sistem. Se impune necesitatea accesului la informații de strictă necesitate prin intremediul Internet-ului (de exemplu: preschimbări de legi şi normative, Monitorul Oficial, contactul permanent cu unități similare din sistemul național şi internațional, etc.).

B. ASISTENȚA SOCIALĂ- departament conectat în sistem;

Grupează şi gestionează baza de date cu privire la beneficiarii serviciilor de asistență socială din instituție, oferind informații pertinente şi în timp scurt solicitanților funcționali. Asigură arhivarea informațiilor în format digital.

C. CONTABILUL ŞEF- departament conectat în sistem;

Gestionează datele financiar-contabile, supervizează înregistrările în format digital a acestora, impune implementarea modificărilor legale în domeniul financiar-bugetar.

D. CONTABILITATEA- departament conectat în sistem;

Gestionează şi crează baza de date financiar-contabilă a instituției, transpune informațiile în arhivă digitală.

E. CABINETUL MEDICAL- departament conectat în sistem;

Creează şi gestionează baza de date conform fişelor medicale:

- păstrează evidența persoanelor asistate;
- boli curente şi tratamente efectuate;
- gestiunea medicamentelor.

Se vor corela informațiile cu departamentul contabilitate.

F. SECRETARIATUL- departament conectat în sistem;

Administrează baza de date cu privire la intrări-ieşiri, informații şiactivități ale instituției.

G. MAGAZIE-APROVIZIONARE- departament conectat în sistem;

Gestionează baza de date cu privire la stocuri de materiale, alimente, necesități, etc.

H. CASIERIA- departament conectat în sistem;

Creează o bază de date cu privire la veniturile extrabugetare încasate, oferă rapid şi pertinent informații necesare serviciului contabil.

I. CABINETUL PSIHOLOGIC- departament conectat în sistem;

Elaborează baza de date cu privire la profilurile psihologice ale asistaților, defineşte preventiv nevoile acestora, evidențiază potențialul de risc al comunității persoanelor asistate;

Elaborează baza de date cu privire la profilurile psihologice ale personalului angajat, elaborează programul de evaluare pentru îmbunătățirea aptitudinilor şi respectiv creşterea calității serviciilor din instituție. Bazele de date menționate mai sus vor fi parolate, accesul la aceste fiind limitat, asigurându-se confidențialitatea datelor introduse.

7. ***Microbus.***

Necesitatea dotării Căminului pentru Persoane Vârstnice

„Lacu Sărat" cu un microbus a apărut ca urgență pentru următoarele cazuri:

- necesitatea aprovizionării cu materiale, alimente, etc.;
- asigurarea transportului, în situații de urgență, a vârstnicilor găzduiți în Cămin la şi de la spital, Direcția Muncii, C.A.R.P., etc.

În plus, existența unui microbus s-ar justifica şi ca utilitate necesară în demersul creării unor posibilități de relaxare a vârstnicilor prin organizarea de excursii la mânăstiri, stațiuni, zone de agrament, etc.

Cheltuielile aferente acestor deplasări vor fi suportate integral de participanți fără să fie implicate alte plăți de la bugetul instituției.

Procesul de îmbunătățire a calității.

Pentru ca o instituție să funcționeze pe principiile calității, serviciile trebuie să aibă următoarele calități:

- să fie orientate către utilizatori;
- să considere calitatea o prioritate absolută;
- să existe o implicare activă a conducerii, a comunității şi a forurilor superioare;
- să aibă ca scop satisfacția utilizatorului intern şi extern, direct şi indirect;
- să-şi bazeze activitățile pe date concrete;

- să aibă capacitatea de intervenție rapidă;
- să orienteze activitățile către ceea ce este esențial şi nu către ceea ce este nesemnificativ;
- să stabilească standardele de control;
- să considere şi să inducă fiecărui angajat sentimentul că ***el*** este şi propriul său supervizor;
- să respecte valoarea umană a angajaților săi.

Cele mai utilizate programe de creştere a calității sunt cele dezvoltate de Deming şi Juran.

Deming a elaborat un program de calitate în 14 puncte ce prevede:

a) Asigurați îmbunătățirea continuă a calității produsului / serviciului pe baza unui plan;

b) Adoptați o nouă filozofie: în condițiile evoluției economice actuale, pentru a fi competitivi trebuie să vrem mai mult decât acceptabilul;

c) Este mai bine să preveniți defectele decât să fiți nevoiți a le corecta;

d) Verificați calitatea la furnizori (documentația specifică de calitate şi garanțiile);

e) Descoperiți problemele (de la proiectare şi până la utilizare);

f) Informați-vă şi instruiți-vă personalul prin metode moderne;

g) Asigurați angajaților instrumente (fizice şi de management) necesare activităților lor;

h) Eliminați frica! Încurajați comunicarea deschisă constructivă!;

i) Fără bariere reale între compartimente (lucrul în echipă, interdepartamental);

j) Fără sloganuri, fără muncă forțată (ci motivată!);

k) Revizuiți timpii de muncă normați;

l) Eliminați barierele care îi împiedică pe oameni să fie mândrii de rezultatele muncii lor;

m) Instruirea personalului să se facă după un program riguros în funcție de nevoile de pregătire;

n) Conducerea de vârf să aibă mereu în vedere cele 13 puncte şi să realizeze aceste obiective.

Juran a dezvoltat un alt program de calitate ce prevede că în toate fazele procesului de acordare de îngrijiri socio-medicale, trebuie avute în vedere nevoile consumatorului. Trilogia lui Juran cuprinde:

1) Planificarea procesului calității;
2) Controlul calității;
3) Îmbunătățirea calității.

Îmbunătățirea calității se referă la procesul de creştere

a performanței şi constă în următoarele etape:

- Stabilirea infrastructurii necesare pentru a asigura îmbunătățirea permanentă a calității;
- Identificarea nevoilor specifice pentru îmbunătățirea performanței şi elaborarea de proiecte;
- Stabilirea pentru fiecare proiect a unor responsabilități clare în cadrul echipei;
- Furnizarea resurselor, motivației, formării echipei pentru diagnosticarea cauzelor şi stabilirea controlului.

Scopul esențial al oricărui proces de îmbunătățire a calității este de a identifica şi corecta cauzele variabile ce apar în acordarea unor îngrijiri socio-medicale de calitate în unități de specific.

Secvențele procesului de îmbunătățire continuă a calității serviciilor

1. ***Selectarea problemei.***

Primul pas constă în identificarea şi ierarhizarea problemelor ce constituie un impediment în acordarea de servicii socio-medicale de calitate în Căminul pentru Persoane Vârstnice „Lacu Sărat".

Calitatea poate fi exemplificată pentru acesta, astfel:

- Posibilitate de mentinere a contactului cu rudele sau persoanele apropiate;

- Redobândirea sau îmbunătățirea statusului funcțional prin practicarea de exerciții fizice corespondente nevoilor;
- Asigurarea unui mediu ambiental climateric cât mai echilibrat;
- Asigurarea unui pachet de servicii medicale-stomatologice centrate pe nevoile vârstnicului;
- Acordarea de servicii medicale înalt standardizate cu suport tehnic modern centrate pe nevoile vârstnicului;
- Fluidizarea transferului de informații interdepartamental;
- Asigurarea unui mijloc de transport strict necesar vârstnicului pentru cazuri de urgență cât şi pentru uzanță în Serviciul Administrativ-Aprovizionare.

2. ***Metode, tehnici şi instrumente folosite.***

În cercetarea de față am utilizat ancheta prin chestionar, ca tehnică de colectare a informațiilor.

Metodologia a constat în elaborarea de chestionare: chestionar de evaluare a satisfacției beneficiarului de servicii şi chestionar de evaluarea a necesităților furnizorului de servicii pentru derularea unui serviciu la un standard cât mai ridicat. Colectarea datelor cu privire la necesitățile beneficiarului de servicii s-a făcut

prin aplicarea chestionarului pe un eşantion de 140 de persoane aflate în asistare, în perioada 15 MARTIE / 15 APRILIE. În ceea ce priveşte furnizorul, sondarea s-a efectuat aplicând chestionarele tuturor angajaților în număr de 80 persoane, acoperind toate departamentele din organizație.

Chestionarele cuprind în structura lor atât întrebări închise cât şi întrebări deschise.

Analiza inițială s-a derulat după colectarea datelor, cu ocazia sedințelor de brainstorming efectuată cu factorii de conducere şi decizie din instituției, iar rezultatele obținute sunt după cum urmează:

3. ***Analiza datelor.***

Datele colectate în urma aplicării chestionarului au fost prelucrate statistic, iar graficele au fost executate în Power Point.

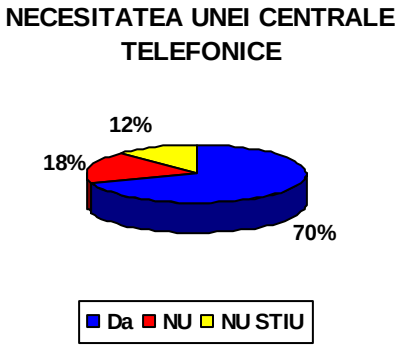
Tipul de analiză este cantitativ.

În studiul efectuat s-a încercat evaluarea calitativă a vieții persoanelor din Căminul pentru Persoane Vârstnice „Lacu Sărat", folosind ca indicator satisfacția bătrânilor asistați dar şi gradul de satisfacție al furnizorului de servicii din cadrul instituției.

Evaluarea satisfacției Persoanelor Vârstnice găzduite în cămin

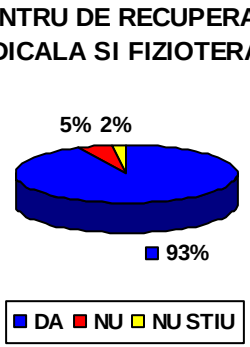
- ✓ La întrebarea cu referire la necesitatea unei centrale telefonice, analiza datelor colectate a scos în evidență un număr de 98 răspunsuri afirmative, 25 negări şi 17 abțineri.

Exprimate grafic:



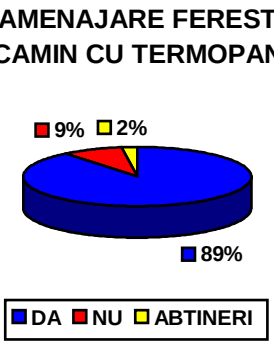
- ✓ În privința necesității existenței unui Centru de recuperare medicală şi fizioterapie, 130 de raspunsuri au fost afirmative, 7 raspunsuri negative iar 3 nu au putut răspunde.

Exprimate grafic:



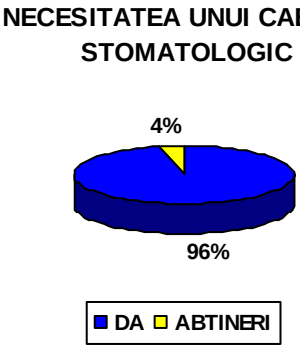
✓ La întrebarea referitoare la reamenajarea Căminului cu ferestre termopan, 125 din cei intervievați au răspuns afirmativ, 12 au considerat că nu este necesară o astfel de reamenajare, iar 3 s-au abținut.

Exprimate grafic:



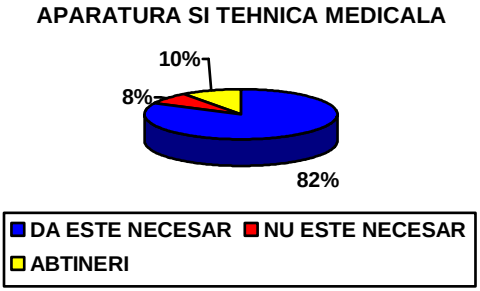
- ✓ În privința dotării Căminului cu un cabinet stomatologic, 135 de răspunsuri au fost afirmative, iar 5 dintre cei intervievați s-au abținut.

Exprimate grafic:



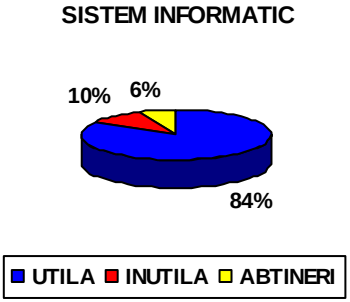
- ✓ Referitor la dotarea Serviciului Medical cu aparatură şi tehnică medicală la un standard minim necesar, 115 dintre cei intervievați au răspuns afirmativ, 11 au dat răspunsuri negative, iar 14 s-au abținut.

Exprimate grafic:



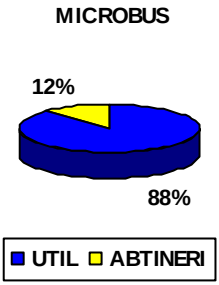
- ✓ În privința interconectării departamentelor vitale ale instituției la un sistem informatic, ideea a fost apreciată ca utilă de 117 dintre cei intervievați, 14 au răspuns că nu ar fi necesară, iar 9 s-au abținut.

Exprimată grafic:



- ✓ Microbus-ul a fost apreciat ca util de 123 dintre cei intervievați, iar restul de 17 s-au abținut.

Exprimat grafic:



Evaluarea satisfacției furnizorului de servicii medico-sociale

Furnizorul de servicii socio-medicale trebuie să fie cât mai satisfăcut pentru a fi continuu motivat în munca pe care o depune, fapt ce duce în mod implicit la acordarea de servicii socio-medicale de calitate.

Acest fapt ne-a determinat să elaborăm un chestionar de evaluare a satisfacției furnizorilor de servicii socio-medicale (vezi anexa 15), mai ales că de când a luat ființă Căminul pentru Persoane Vârstnice „Lacu Sărat", nu s-a făcut niciodată o astfel de evaluare.

Chestionarul a fost alcătuit din şase întrebări de tip închis, în care li s-a cerut furnizorilor de servicii socio-medicale să răspundă (alegând dintr-o scală de la 1 la 5), răspunsul care evaluează cel mai bine satisfacția referitoare la diferitele aspecte (vezi anexa 16),:

- Dotarea tehnico-materială din instituție(5-foarte bună; 4-bună; 3-strictul necesar; 2-slabă; 1-foarte slabă);
- Relația celui chestionat cu colegii de departament(5-foarte bună; 4-bună; 3-neutră; 2-slabă; 1-foarte slabă);
- Relația celui chestionat cu colegii din celelalte departamente(5-foarte bună; 4-bună; 3-neutră; 2-slabă; 1-foarte slabă);

- Relația celui chestionat cu beneficiarii de servicii socio-medicale(5-foarte bună; 4-bună; 3-neutră; 2-slabă; 1-foarte slabă);
- Cum consideră eficacitatea departamentului în care activează(5-foarte bună; 4-bună; 3-adecvată; 2-slabă; 1-foarte slabă);
- Cum considerați calitatea serviciului efectuat(5-foarte bună; 4-bună; 3-adecvată; 2-slabă; 1-foarte slabă);

În finalul chestionarului am inclus două întrebări deschise care le cerea să enumere principalele trei probleme cu care se confruntă la locul de muncă, precum şi principalele trei soluții ce pot rezolva problemele de la locul de muncă.

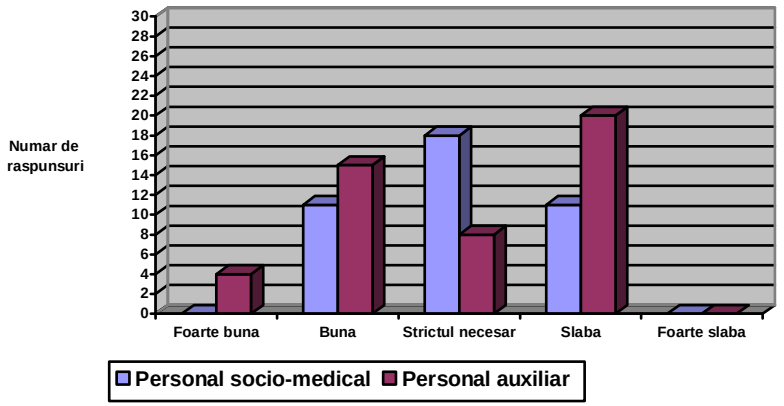
Chestionarul a fost aplicat întregului personal angajat(80 persoane),fiind cuprinse toate departamentele din instituție. Datele au fost prelucrate statistic, iar rezultatele sunt după cum urmează:

- Dotarea tehnico-materială din instituție, a fost apreciată astfel(vezi tabelul nr.1 şi grafic 1):

Tabel nr.1 – Dotarea tehnico-materială

Dotarea tehnico-materială	Personal socio-medical	Personal auxiliar	Total
Foarte bună	-	4	4
Bună	11	15	26
Strictul necesar	18	8	26
Slabă	11	20	31
Foarte slabă	-	-	-

Grafic 1- Dotarea tehnico-materiala



Sursa: Chestionar de evaluare a satisfacției furnizorului de servicii socio-medicale,

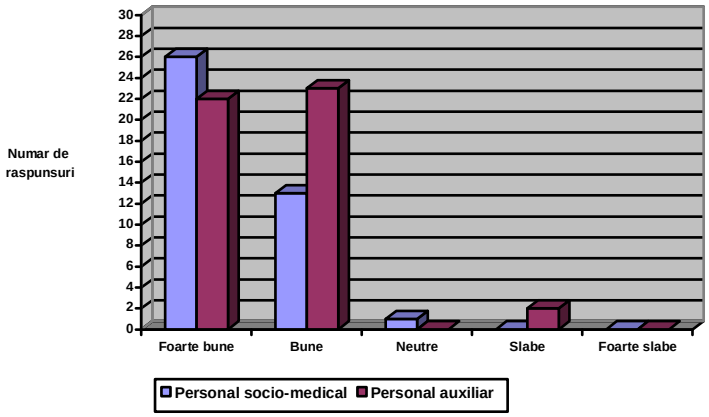
15 MARTIE / 15 APRILIE 2010.

- Relația celui chestionat cu colegii de departament este următoarea(vezi tabelul nr.2 şi grafic 2):

Tabel nr.2 – Relații intercolegiale per departament

Relații intercolegiale	Personal socio-medical	Personal auxiliar	Total
Foarte bune	26	22	48
Bune	13	23	36
Neutre	1	-	1
Slabe	-	2	2
Foarte slabe	-	-	-

Grafic 2- Relatii intercolegiale per departament



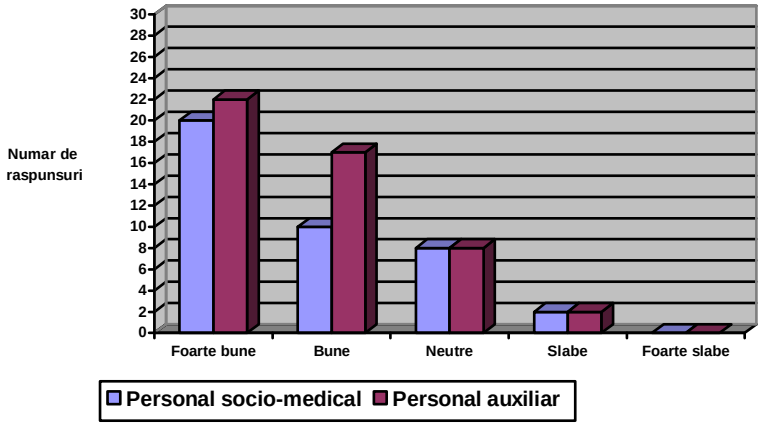
Sursa: Chestionar de evaluare a satisfacției furnizorului de servicii socio-medicale, 15 MARTIE / 15 APRILIE 2010.

- Relația de colaborare dintre cel chestionat şi colegii din celelalte departamente se prezintă astfel (vezi tabelul nr.3 şi grafic 3):

Tabel nr.3 – Relații intercolegiale interdepartamentale

Relații intercolegiale interdepartamentale	Personal socio-medical	Personal auxiliar	Total
Foarte bune	20	22	42
Bune	10	17	27
Neutre	8	8	16
Slabe	2	2	4
Foarte slabe	-	-	-

Grafic 3- Relatii intercolegiale interdepartamentale



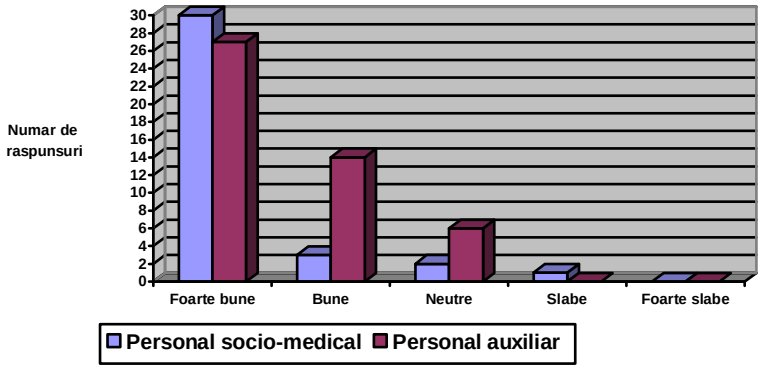
Sursa: Chestionar de evaluare a satisfacției furnizorului de servicii socio-medicale, 15 MARTIE / 15 APRILIE 2010.

- Relația dintre cel intervievat şi beneficiarul serviciilor prestate se prezintă astfel (vezi tabelul nr.4 şi graphic 4):

Tabel nr.4 – Relația cu bătrânii găzduiți în cămin

Relația cu bătrânii găzduiți în cămin	Personal socio-medical	Personal auxiliar	Total
Foarte bună	34	27	61
Bună	3	14	17
Neutră	2	6	8
Slabă	1	-	1
Foarte slabă	-	-	-

Grafic 4- Relatia cu batranii gazduiti in camin



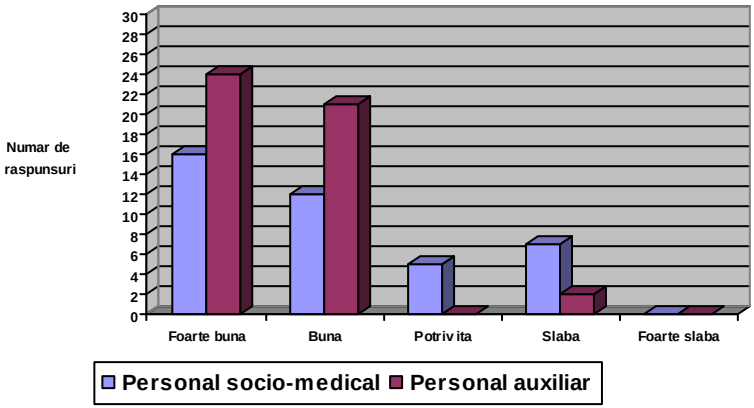
Sursa: Chestionar de evaluare a satisfacției furnizorului de servicii socio-medicale, 15 MARTIE / 15 APRILIE 2010.

- Eficacitatea departamentului unde activează a fost apreciată astfel(vezi tabelul nr.5 şi grafic 5 din anexa):

Tabel nr.5 – Eficacitatea departamentului

Eficacitatea departamentului	Personal socio-medical	Personal auxiliar	Total
Foarte bună	16	24	40
Bună	12	21	33
Potrivită	5	-	5
Slabă	7	2	9
Foarte slabă	-	-	-

Grafic 5- Eficacitatea departamentului

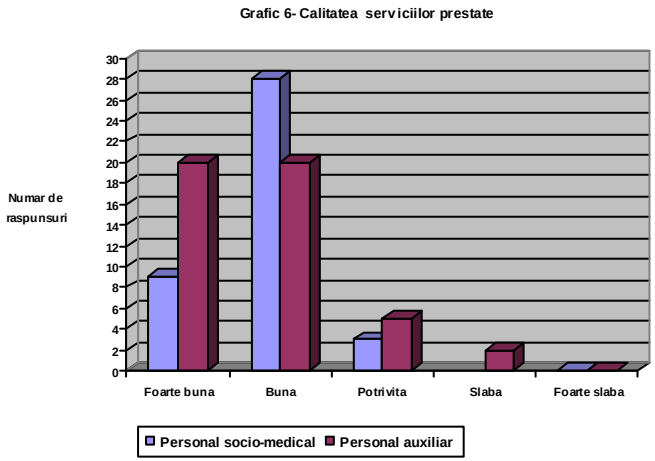


Sursa: Chestionar de evaluare a satisfacției furnizorului de servicii socio-medicale, 15 MARTIE / 15 APRILIE 2010.

- Răspunsurile referitoare la calitatea muncii prestate a fost apreciată astfel(vezi tabelul nr.6 şi grapfic 6):

Tabel nr.6 – Calitatea serviciilor prestate

Calitatea serviciilor prestate	Personal socio-medical	Personal auxiliar	Total
Foarte bună	9	20	29
Bună	28	20	48
Adecvată	3	5	8
Slabă	-	2	2
Foarte slabă	-	-	-



Sursa: Chestionar de evaluare a satisfacției furnizorului de servicii socio-medicale, 15 MARTIE / 15 APRILIE 2010.

Ceea ce aduce nou prezenta cercetare o reprezintă faptul că pentru **îmbunătățirea calității vieții** şi a standardelor privind

managementul serviciilor de asistență socială de tip rezidențial , **este faptul că se are în vedere întreaga organizație de asistență socială de tip rezidențial**: managerul, specialiştii, personalul deservent şi toți beneficiarii serviciilor rezidențiale, rezultând un volum de informație foarte mare, **aspectul cantitativ al cercetării.**

CONCLUZII ŞI PROPUNERI

Vârsta reprezintă o importantă variabilă socială şi din această perspectivă procesul de îmbătrânire nu are numai o determinantă biologică ci şi una socială, care constă dintr-un şir întreg de treceri de la o poziție socială la alta, de la un rol social la altul, fiecare dintre aceste treceri fiind marcată de o serie de evenimente de o mare importanță socială.

Un individ care ajunge la bătrânețe trece prin toate vârstele cronologice şi la fel ca ceilalți indivizi străbate aceeaşi succesiune de etape de vârstă: copilărie, tinerețe, maturitate, bătrânețe. Această succesiune de etape de vârste este denumită „proces de îmbătrânire", care constă în ansamblul de schimbări de natură fizică, psihică şi socială, determinate de ciclul vieții umane.

Persoanele de vârsta a treia reprezintă o categorie socio-demografică distinctă din populația totală prin vârsta înaintată (60 de ani şi peste), caracterizată prin modificări morfo-fiziologice ireversibile ale organismului, nivelul scăzut de activitate, trebuințe, nevoi, interese, aspirații materiale şi culturale specifice.

Din punct de vedere al **asistenței sociale** există cel puțin trei motive importante care justifică dezvoltarea cercetării şi practicii asistențiale a persoanelor în vârstă:

– populația persoanelor în vârstă este în creştere, atât numeric, cât şi ca pondere;

– prezența unei strânse legături între vârsta a III-a şi situația de risc reprezentată de disabilitățile bio-psiho-sociale specifice vârstnicului;

– sistemul de protecție socială şi medicală, aşa cum este în prezent organizat, nu este încă pe deplin capabil să răspundă satisfacerii tuturor nevoilor specifice acestei categorii de vârstă.

Toate țările membre ale Uniunii Europene acordă prestații şi servicii de asistență socială persoanelor aflate în situații deosebite, dificile, greu de depăşit prin eforturi proprii. În prezent tendința generală este de renunțare treptată la prestațiile cu caracter universal şi de îndreptare a atenției spre acordarea de servicii de asistență socială. Acestea din urmă se acordă potrivit nevoilor individuale sau

colective, sunt considerate servicii de solidaritate socială la care au acces persoanele aflate în dificultate. Acest mod de abordare conduce la satisfacerea mai operativă a nevoilor, cu costuri reduse, contribuie la integrarea serviciilor de asistență socială în viața şi comunitatea celor asistați şi la asigurarea coeziunii sociale.

Serviciile sociale sunt reglementate în România prin Ordonanța de Guvern nr. 70/ 2003, care le defineşte astfel: serviciile sociale reprezintă ansamblul complex de măsuri şi acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale sau de grup, în vederea depăşirii unor situații de dificultate, pentru asigurarea autonomiei şi protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării şi excluziunii sociale şi promovarea incluziunii sociale.

Însă la nivel guvernamental sau chiar în cadrul Ministerului Muncii, Familiei şi Egalității de Şanse nu există structuri specializate pentru coordonarea activității asistențiale a persoanelor vârstnice aşa cum sunt Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap sau Agenția Națională a Familiei, Agenția Națională Antidrog.

Conform **Legii 17/2000 republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 600 din 11 iulie 2006,** serviciile destinate vârstnicilor sunt catalogate mai mult ca fiind servicii comunitare, iar odată încadrate în această categorie, sunt trecute în

responsabilitatea exclusivă a consiliilor locale .

Un bun management al calității vieții trebuie să aibă în vedere întreaga organizație de asistență socială, personalul şi beneficiarii, precum şi o bună identificare a nevoilor şi problemelor sociale reale, astfel încât beneficiarii măsurilor de protecție ce vor fi luate să fie foarte eficiente

BIBLIOGRAFIE

1. Bocancea, Cristian, Neamțu, George, *Elemente de Asistență Socială*, Ed. Polirom, Iaşi, 1999;
2. Boudon, Raymond, *Tratat de sociologie*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992;
3. Brânzei, Petre, *Itinerar psihiatric*, Editura Junimea, Iaşi, 1979;
4. *Buletinul Laboratorului „Psihologia câmpului social“*, Numarul 14/2004, Editura Poliron, Iaşi, 2005;
5. Ciornea, Teodor, *Medicina legală*, Iaşi, Editura Junimea, 1979;
6. Coord. Neamțu, George, *Tratat de Asistență socială*, Ed. Polirom, Iaşi, 2003;
7. Culic, Irina, *Metode avansate în cercetarea socială –Analiză multivariată de interdependență,* Ed. Polirom, Iaşi, 2004;
8. Fontaine, Roger, *Psihologia îmbătrânirii*, Ed Polirom, Iaşi, 2008;
9. Golu, P., *Psihologie socială*, Bucureşti, Editura Geneze, 1993;
10. 6. Goodman, Norman, , *Introducere în sociologie*, Bucureşti, Editura Lider, 1998;
11. Haulica Ion, *Fiziologie umana*, Ed. Med. Buc., 1989;
12. Larousse, *Dicționar de psihologie*, Bucureşti, Editura Univers Enciclopedică, 1996;

13. Mangean, Crin, *Nursing organizațional şi management*, Ed. Athena, Bucureşti, 2000;
14. Mărgineanu, Nicolae, *Condiția umană. Aspectul ei psiho-social şi cultural*, Iaşi, Editura Polirom, 1988;
15. Mărginean, Ioan, *Proiectarea cercetării sociologice*, Ed. Polirom, Iaşi, 2004;
16. Miftode V. (coord.), *Dimensiuni ale asistenței sociale,* Botoşani, 1995.
17. Miftode, Vasile, *Tratat de metodologie sociologică*, Ed. Lumen, Iaşi, 2003;
18. Ministerul Muncii şi Protecției Sociale, *Servicii sociale în Europa*, Program Phare SESAM, Bucureşti, 1999;
19. Mânoiu, Florica, Epureanu, Viorica, *Asistența socială în România*, București, Editura All Educațional S. A., 1996;
20. Moscovici, Serghe, *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*, București, Editura Ştiințifică şi Enciclopedică, 1989;
21. Muntean, Ana, *Psihologia dezvoltării umane*, Ed. Polirom, Iaşi, 2006;
22. Olaru, Al., *Introducere în psihiatria practică*, Craiova, Editura Scrisul românesc, 1990;
23. Paşa, Florin, Paşa, Luminița Mihaela, *Asistența socială în România,* Ed. Polirom, Iaşi, 2004;

24. Pantelimon, Golu, *Psihologia Socială I,* Bucureşti, Editura Polirom, 1974;
25. Pavelescu, V., *Culmi şi abisuri ale personalității*, Bucureşti, Editura Enciclopedică română, 1974;
26. Răşcanu, Ruxandra, *Psihologie medicală şi Asistență socială,* Ed. Ştiințifică şi tehnică, Bucureşti, 1997;
27. Riemann, Fritz, Kleespies, Wolfgana, *Arta de a te pregăti pentru vârsta a treia*, Ed. Trei, Bucureşti, 2007;
28. Rotariu, Traian(coordonator), Bădulescu Gabriel, Culic Irina, Mezei Elemer, Mureşan Cornelia, *Metode statistice aplicate în ştiițele sociale*, Ed. Polirom, Iaşi, 2006;
29. Stahl, H. H., *Teoria şi practica investigațiilor sociale*, Ed. Ştiințifică şi tehnică, Bucureşti, 1975;
30. Szalontay, Andreea Silvana, Chiriță, Vasie, Chiriță, Roxana, *Boala Alzheimer- Management clinico-terapeutic,* Ed. „Dr. T. Popa", U.M.F. Iaşi, 2005;
31. Şchiopu Ursula, Verza Emil, *Psihologia vârstelor – Ciclurile vieții*, Ed. Didactică şi Pedagocică, Bucureşti, 1997;
32. Ştefan Cojocaru, *Proiectul de intervenție în Asistență Socială,* Ed. Polirom, Iaşi, 2006;

33. Tutty M., Leslie, Rothery A., Michael, Grinnell M,. Richard, Jr, *Cercetarea Calitativă în Asistență socială* – Faze, etape, sarcini, Ed. Polirom, Iaşi 2005;
34. Verza, E., *Dimensiunea interdependenței dintre personalitate, comportament şi comunicare,* în revista de Psihologie, nr. 3/1992;
35. Zamfir,C., L. (coord.) *Dicționar de sociologie*, Editura Babel, Bucureşti, 1998;
36. Zamfir, Elena, Zamfir Cătălin, *Politici sociale. România în context european*, Bucureşti, Editura Alternative;
37. Zlate, M., *Psihologia socială şi organizațională*, Bucureşti, Editura Politică, 1975.;
38. «Reviste de psihologie» (5/94; 2/96; 4/96; 5/96; 6/97; 2/98);
39. Legea 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice – actualizată prin Decretul 907 din 06.06.2006 publicat în M.O. nr.600/11 iulie 2006;
40. Legea 705/ decembrie 2001 privind Sistemul Național de Asistență Socială Publicată în Monitorul Oficial nr. 814 din decembrie 2001;
41. Legea nr. 466/2004 privind Statutul asistentului social, Publicat în Monitorul Oficial nr. 1088 din 23 noiembrie 2004;

42. Legea nr. 554/2004 LEGEA CONTENCIOSULUI ADMINISTRATIV, Publicată în Monitorul Oficial nr. 1154/ 7 decembrie 2004.
43. Legea 47/ 8 martie 2006 privind Sistemul Național de Asistență Socială, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 239 din 16/03/2006;
44. Legea 40/2010 pentru modificarea si completarea Legii nr. 333/2003 privind paza obiectivelor, bunurilor, valorilor si protecția persoanelor, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 153 din 9 martie 2010;
45. O.G nr. 68/2003, ordonanța privind serviciile sociale Publicată în Monitorul Oficial nr. 619 din 30august 2003;
46. Ordonanța de Urgență nr. 118 / 2008 pentru modificarea şi completarea unor acte normative în vederea eliminării legăturilor dintre nivelul unor drepturi de asistență socială şi nivelul salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată Publicată în Monitorul Oficial nr. 680 din 3 octombrie 2008;
47. H.G. 886/2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, Publicată în Monitorul Oficial nr. 507 din 16 octombrie 2000;
48. Hotărâre nr. 1021/2000 din 26/10/2000 pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea costului mediu lunar

de întreținere în căminele pentru persoanele vârstnice, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 556 din 09/11/2000;

49. Hotărâre nr. 729 din 14/07/2005 privind stabilirea nivelurilor alocației zilnice de hrană pentru consumurile colective din instituțiile publice de asistență socială, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 646 din 21/07/2005;
50. HG nr. 23/2010 privind aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale. Hotărâre nr. 23/2010; Publicat în Monitorul oficial, Partea I din 25 din 13 ianuarie 2010
51. O.M. 73/2005 privind aprobarea modelului de contract de acordare de servicii sociale, Publicat în Monitorul Oficial nr. 176 din 1 martie 2005;
52. O.M. 246/2006 privind Standardele minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, Publicat în Monitorul oficial nr. 344 din 17 aprilie 2006;
53. Notă de Fundamentare la Hotărârea Guvernului nr. 23 /2010 pentru aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale, Publicată în Monitorul Oficial nr. 25 din 13 ianuarie 2010;
54. HCL nr. 95 / 26.02.2009 privind aprobarea costului mediu lunar şi a normelor metodologice privind modul de calcul al contribuției lunare de întreținere pentru beneficiarii CPV;

55. Regulamentului de organizare şi funcţionare a Căminului pentru Persoane Vârstnice “Sf. Spiridon” aprobat prin HCL nr. 528 din 10.11.2005;
56. Regulament Intern – norme ce reglementează activitatea internă a căminului
57. Plan de Pază - Întocmit în conformitate cu prevederile art. 2, 3 si 4 din Legea 333/2003 modificată şi H.G. 1010/2004, privind paza obiectivelor, bunurilor, valorilor şi garda de corp;
58. www.history-cluj.ro/SU/cercet/Stavarache/Monografia
59. www.iccv.ro/oldiccv/romana/revista/rcalvit/pdf
60. www.Realitatea.net/imbatranirea-populatiei-uniunii-europene-se-accelereaza

ANEXE

Anexa 1

FIŞĂ PERSONALĂ COD A.S. 1 CPV

DATA.....
NUME SI PRENUME.....
DOMICILIUL STABIL.....
ACT IDENTITATE.....CNP.....STARE CIVILA.....
NR: DOSAR PENSIE (de stat, veteran, deținut politic, altele).....
CUANTUM.....
VENIT PE LUNA CURENTA.....
LOCUL RIDICĂRII PENSIEI.....
CUANTUM DE PLATĂ.....
SUSȚINĂTOR LEGAL (nume, adresă, venit/membru).....
GENOGRAMA:
STAREA SANATATII(DG).....
SCURT ISTORIC.....
SEMNĂTURĂ ASISTENT SOCIAL,

Anexa 2

CERERE INTERNARE COD A.S. 2 CPV

OPERATOR DE DATE CU CARACTER PERSONAL NR. 11165

Domnule Director,

Subsemnatul (a) …… născut (ă) la data de.....domiciliat (ă) în ....., strada ..... nr. ..... bloc.....ap.....,pensionar(ă) în baza deciziei nr. ..... si a deciziei nr. ....., cu o pensie in cuantum de .....lei, vă rog să binevoiți a-mi aproba internarea în Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" Galați, din următoarele motive:

Anexez prezentei următoarele documente:

- copie buletin de identitate;
- ultimul cupon de pensie;
- copie decizie pensionare.

Data: Semnătura:

_____ _____

Domnului director al Căminului pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon" Galați

Anexa 3

REFERAT DE ANCHETĂ SOCIALĂ COD AS. 3 CPV

Aprob director,

Nume şi prenume.....
Data şi locul naşterii.....
B.I. Seria..... Nr. ..... Emis de.....
Istoric social……..
Rezultatele evaluării complexe..... ....
Motivele pentru care se acceptă dosarul/ nu se acceptă dosarul.....
Asistent social..... Data.....
Întocmit de..... .....

Anexa 4

EVALUAREA GERIATRICĂ COD AS. 5 CPV [1]

Anexa 5

COMPONENȚĂ DOSAR COD AS. 6 CPV

OPIS

nr. filă

- fişă personală.....
- cerere.....
- certificat de naştere – copie.....
- certificatul de căsătorie - copie.....
- certificat de încadrare în grad de handicap – copie.....
- act deces soţ/soţie, după caz - copie.....
- hotărâre definitiva de divorţ, după caz - copie.....
- actul casei, conform cu domiciliul stabil - copie.....
- actul de concesiune, loc de înhumare, daca exista – copie.....
- actele de identitate ale descendenţilor si membrilor de familie - copie.....
- Adeverinţă de venit eliberata de administraţia financiara a Municipiului Galaţi.....
- Adeverinţă cu bunurile mobile si imobile eliberata de administraţia financiara a Municipiului Galaţi.…
- Adeverinţe de venit ale descendenţilor şi membrilor de familie.....
- Declaraţie notariala privind lipsa susţinătorilor legali, după caz.....
- Declaraţie notariala privind asumarea obligaţiei de înmormântare, după caz.....
- Declaraţie notarială privind susţinerea morală şi materială;.....
- În cazul bătrânilor fără discernământ, este obligatorie si anexarea copiei după actul de curatela.....
- Acte medicale:
  - examen coproparazitologic,.....
  - examen coprobacteriologic.....
  - test HIV/SID.....
  - VDRL sau RPR;.....
  - radioscopie pulmonară.....
  - copie după fisa medicala.....
  - adeverinţă medicala de bolile cronice şi ca nu suferă de boli contagioase.....
  - examen psihiatric însoţit de avizul medicului specialist că poate locui în colectivitate.....
  - examen psihologic.....
- evaluare socio – medicală geriatrică.....
- referat de internare.....

[1] în conformitate cu H.G. 886/2000 pentru aprobarea Grilei naţionale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice

Anexa 6

ANCHETA SOCIALĂ COD AS. 4 CPV

Data evaluării**:** _ _/_ _/_ _ _ _

I. PERSOANA EVALUATĂ
NUMELE_____ PRENUMELE _____
ADRESA: str._____nr._____bl._____sc._____ ap. _____
LOCALITATEA_____ JUDEŢ_____
COD POŞTAL_____TELEFON_____FAX _____
E-MAIL _____ PROFESIA _____
OCUPAŢIA _____

STUDII: fără ☐ primare ☐ gimnaziale ☐ medii ☐ superioare ☐

B.I./C.I.: Seria__NR.__ Eliberat de:__La data__CNP : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Sex: F[ ] M[ ]; RELIGIA_____
STAREA CIVILĂ: necăsătorit [ ]; căsătorit [ ]; văduv de la data _ _/_ _/_ _ _ _; divorţat de la data _ _/_ _/_ _ _ _; despărţit în fapt_ _/_ _/_ _ _ _; COPII: da [ ] / nu [].

(dacă da, înscrieţi numele, prenumele, adresa, telefonul):

Nume	Prenume	CNP	Adresa	Telefon

II. REPREZENTANT LEGAL
NUME_____PRENUME_____
CALITATEA: soţ/soţie [ ] ; fiu/fiică [ ]; rudă [ ] alte persoane [ ]
Locul şi data naşterii _____ Vârsta _____
Adresa _____
Telefon acasă _____Serviciu ___ fax _____e-mail_____

III. EVALUARE SOCIALĂ
A. LOCUINŢĂ
Casă [ ] apartament la bloc[ ]; alte situaţii [ ], care _____
Situaţie juridică: proprietate personală [ ]; chirie [ ].
SITUATĂ LA: parter [ ] ; etaj [ ]; acces lift [ ]. Se compune din: nr. camere [ ]; bucătărie [ ]; baie [ ]; duş [ ]; wc [ ]; situat în interior [ ]în exterior [ ].
ÎNCĂLZIRE: fără [ ]; centrală [ ]; cu lemne/cărbuni [ ]; gaze [ ]; cu combustibil lichid [ ].
APĂ CURENTĂ: Da [ ]; rece [ ]/caldă [ ]; alte situaţii _____
CONDIŢII DE LOCUIT:
Luminozitate: adecvată [ ]/neadecvată[ ]; Umiditate: adecvată [ ]; igrasie [ ].

IGIENĂ**:** adecvată [ ] neadecvată [ ].
DOTĂRI: aragaz [ ] mașină de gătit [ ] frigider [ ] mașină de spălat [ ]radio [ ] televizor[ ] aspirator [ ].
CONCLUZII PRIVIND RISCUL AMBIENTAL**:** _____
_____

B. REȚEA DE FAMILIE

- trăieşte singur ☐
- cu soț/soție ☐
- cu copii ☐
- cu alte rude ☐
- cu alte persoane ☐

- una dintre persoanele cu care locuieşte este: bolnavă [ ]; cu dizabilități / handicap [ ]; dependentă de alcool [ ] .

1. este ajutat de familie: da / nu : (cu bani [ ]; cu mâncare [ ]; activități de menaj [ ].

a) relațiile cu familia sunt: bune [ ]; cu probleme [ ]; fără relații [ ]; există risc de neglijare: da [ ]; nu [ ]. abuz: da [ ]; nu [ ] (dacă da,specificați)

_____
_____

C. REȚEA DE PRIETENI, VECINI

are relații cu prietenii, vecinii: da [ ]; nu [ ].
vizite [ ]; relații de întrajutorare [ ] .
relațiile sunt: permanente [ ]; rare [ ].

- frecventează: un grup social/ biserica/altele – specificați:

_____

- înscrieți numele şi prenumele prietenilor şi/sau vecinilor cu care întreține relații bune şi de întrajutorare, grupuri sociale

_____

- este ajutat de prieteni/vecini pentru: cumpărături [ ]; activități de menaj [ ]; deplasare în exterior [ ].
- participă la: activități ale comunității [ ]; activități recreative [ ].
- comunitatea îi oferă un anumit suport: da [ ]; nu [ ]. dacă da, specificați: _____

D. EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE

venit lunar propriu, reprezentat de (**înscrieți sumele** acolo unde este cazul, iar **unde nu este cazul, se trasează linie**):

pensie de asigurări sociale de stat_____
pensie pentru agricultori_____
pensie I.O.V.R._____
indemnizație pentru persoană cu handicap_____
pensie de urmaș_____
alte venituri_____
V.M.G._____
ajutor social/pentru încălzire_____
Bunuri mobile şi imobile aflate în posesie: _____

E. COMPORTAMENTUL PERSOANEI ÎN RAPORT CU CEILALȚI:

_____

GENOGRAMA:

Asistent social:

Anexa 7

REFERAT PRIVIND SOLUȚIONAREA CAZULUI **COD AS. 7 CPV**

CĂMINUL PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE „SF. SPIRIDON”
STR. DOMNEASCĂ 160 BIS, TEL/FAX 0236.479414
OPERATOR DE DATE CU CARACTER PERSONAL NR. 11165.

nr. /

REFERAT
- privind soluționarea cazului -

Nume şi prenume:
Date de identificare:
Numărul de înregistrare al cererii de internare:
Perioada evaluării complexe:
Situație economică:
Componența familie:
Venit/membru de familie:
Istoric social:
Nevoi identificate:
Sistemul de plată pentru întreținerea în cămin şi cuantumul:
Propunerea comisiei de internare/externare:
Motivele internării/externării:
Semnăturile comisiei de internare/externare:

Anexa 8

ANGAJAMENT DE PLATĂ COD AS. 8 CPV

ANGAJAMENT DE PLATA - titlu executoriu -

Subsemnatul(a) ..... domiciliat/domiciliată în ..... în calitate de ..... cu începere de la data de ..... mă oblig să plătesc suma de ..... reprezentând contribuția de întreținere stabilită de Căminul pentru Persoane Vârstnice “Sf. Spiridon” pentru îngrijit/îngrijită în din Galați, str. Domneasca Nr. 160 Bis.

În cazul în care intervin majorări ale cuantumului contribuției lunare de întreținere, mă oblig să plătesc suma stabilită.

Suma de mai sus se va retine lunar din venitul subsemnatului/subsemnatei de către Căminul pentru Persoane Vârstnice “Sf. Spiridon” sau va fi urmărită la plată prin Casa Județeana de Pensii si alte Drepturi de Asigurări Sociale Galați/ Administrația Financiară si Trezoreria Municipiului Galați.

Mă angajez pe propria răspundere ca orice modificare cu privire la schimbarea locului de munca, a domiciliului sau a veniturilor să o comunic, în termen de cel mult 15 zile, căminului pentru care am subscris prezentul angajament de plată.

Plata contribuțiilor lunare din pensiile sau din ajutoarele acordate de organizațiile din străinătate se face direct căminului.

Prezentul angajament de plată a fost încheiat în temeiul art. 25, alin (4) din Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată.

Întocmit în Galați la data de ..., în 3 (trei) exemplare, din care am primit un exemplar.

SEMNATURA..... SEMNATURA……
Beneficiar Conducerea instituției

Anexa 9

PLAN DE ÎNGRIJIRE ŞI ASISTENȚĂ COD AS. 9 CP

Aprob director,

PLAN INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ ŞI ÎNGRIJIRE

(întocmit în două exemplare)

OPERATOR DE DATE CU CARACTER PERSONAL NR. 11165.

NR...../.....

BENEFICIAR, **SUSȚINĂTOR LEGAL,**

Nume…..... Nume…..

Semnătură..... Semnătură.....

Grad de dependență …..... Data.....

1. PROGRAM INDIVIDUALIZAT DE ÎNGRIJIRE-

- Compartiment responsabil – CABINETUL MEDICAL.

SERVICIUL PROGRAMAT	**FRECVENȚA**	**OBSERVAȚII**
asistență medicală preventivă administrarea tratamentului sub stricta supraveghere a cabinetului medical		
consultații şi tratamente la pat consultații medicale		
tratament conform recomandărilor medicului specialist		
măsurare parametrilor vitali		
administrarea tratamentului de urgență.		
supravegherea respectării regimului alimentar evaluarea riscului la operațiunile de manevrare a imobilizatului. îmbrăcare şi dezbrăcare		
ajutor pentru igiena corporală		
igiena vestimentației		
igiena spațiului de habitat		
hrănire şi hidratare		
igiena eliminărilor îngrijire paleativă		

2. PROGRAM INDIVIDUALIZAT DE RECUPERARE – Activitate interdisciplinară

În vederea creşterii nivelului de autonomie personală.:

SERVICIUL PROGRAMAT	**FRECVENȚA**	**OBSERVAȚII**
activități de formare a abilităților de autoservire activități dezvoltare a abilităților de autoservire		

activități de îngrijire personală		
activități de autogospodărire		
kinetoterapie		
psihoterapie		
logopedie		
podologie		

3. PROGRAM INDIVIDUALIZAT DE INTEGRARE/ REINTEGRARE SOCIALĂ - Compartiment responsabil – ASISTENȚA SOCIALĂ

In funcție de nevoile individuale ale beneficiarilor:

SERVICIUL PROGRAMAT	**FRECVENȚA**	**OBSERVAȚII**
informare		
consiliere socială		
consiliere administrativă consiliere psihologică		
consiliere religioasă		
consiliere juridică		
pregătire pentru viața independentă		
îndrumare vocațională		
socializare şi petrecerea timpului liber reintegrare socială. reprezentare instituțională		
activități de administrare şi gestionare a bunurilor		
însoțirea în mijloace de transport		

4. PROCEDURA IEŞIRII BENEFICIARULUI DIN CĂMIN

- Compartiment responsabil - ASISTENȚA SOCIALĂ

□ la cerere
□ reintegrare socială
□ disciplinar
□ prin deces,
□ prin transfer la.....
□ alte situații.....

PRIN DECES:

SERVICII SPIRITUALE/RELIGIOASE (se va ține cont de orientarea religioasă)	**LOCUL DEPUNERII TRUPULUI**	**FORMALITĂȚI LEGATE DE DECES (CE, CINE)**	**CINE ASIGURARĂ FUNERARIILE**

ASISTENT SOCIAL RESPONSABIL,
MEDIC,
KINETOTERAPEUT,

Anexa 10

CONTRACT DE PRESTARE SERVICII COD AS. 10 CPV

C O N T R A C T PENTRU ACORDAREA DE SERVICII SOCIALE

NR...../.....

ART.1 Părţile contractante:

Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon", furnizor acreditat de servicii sociale, conform Certificatului de acreditare nr…… din ……, cu sediul ……, cod de înregistrare fiscală nr. ……., contul nr. …….. deschis la …….., reprezentat legal prin domnul …….. –, având funcţia de director şi doamna ……., având funcţia de contabil şef, în calitate de **furnizor**

şi

Dl./D-na....., denumit în continuare ***beneficiar,*** domiciliat în ....., str. ....., nr. ....., bl....., ap....., judeţul / sectorul....., CNP....., posesor al BI / CI seria .....nr. ....., eliberat / eliberată .....de....., la data de....., reprezentată legal prin domnul / doamna....., domiciliat / domiciliată în.....str. .....nr. .....,bl.....ap...judeţul/sectorul …….....CNP..... posesor/posesoare al BI/CI seria……nr. .....eliberat / eliberată de …..la data de….. în calitate de....., conform .....nr. .....data.....

având în vedere:

- dosarul beneficiarului nr. ..... /.....;
  a. planul de intervenţie nr. ...../.....;
  b. evaluarea complexă efectuată în perioada ...../.....;
  c. planul individualizat de asistenţă şi îngrijire nr. ...../.....

convin asupra următoarelor:

1.Definiţii:

1.1 contractul pentru furnizarea de servicii sociale – actul juridic încheiat între o persoană

fizică sau juridică, publică ori privată, acreditată conform legii să acorde servicii sociale, denumită *furnizor de servicii sociale,* şi o persoană fizică aflată în situaţie de risc sau de dificultate socială, denumită *beneficiar de servicii sociale,* care exprimă acordul de voinţă al acestora în vederea acordării de servicii sociale;

1.2. *furnizor de servicii sociale* - persoană fizică sau juridică, publică ori privată, acreditată conform legii în vederea acordării de servicii sociale, prevăzută la art. 11 din Ordonanţa Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 515/2003, cu modificările şi completările ulterioare;

1.3. *beneficiar de servicii sociale* – persoană aflată în situaţie de risc şi de dificultate socială, împreună cu familia acesteia, care necesită servicii sociale, conform planului de intervenţie revizuit în urma evaluării complexe;

1.4. *servicii sociale* – ansamblu de măsuri şi acţiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii şi depăşirii unor situaţii de dificultate, vulnerabilitate sau de dependenţă pentru prezervarea autonomiei şi protecţiei persoanei, pentru prevenirea marginalizării şi excluziunii sociale, pentru promovarea incluziunii sociale şi în scopul creşterii calităţii vieţii, definite în condiţiile

prevăzute de Ordonanţa Guvernului nr. 68/2003, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 515/2003, cu modificările şi completările ulterioare:

1.5. *reevaluarea situaţiei beneficiarului de servicii sociale* - activitate obligatorie a furnizorului de servicii sociale de a evalua situaţia beneficiarului de servicii sociale după acordarea de servicii sociale , în funcţie de gradul de dependenţă;

1.6. *revizuirea sau completarea planului individualizat de asistenţă şi îngrijire* – modificarea sau completarea adusă planului individualizat pe baza rezultatelor reevaluării situaţiei beneficiarului de servicii sociale;

1.7. *contribuţia beneficiarului de servicii sociale* - cotă-parte din costul total al serviciului/

serviciilor acordat/acordate de furnizorul de servicii sociale, în funcţie de tipul serviciului şi de situaţia materială a beneficiarului de servicii sociale este în bani;

1.8. *obligaţiile beneficiarului de servicii sociale* –totalitatea îndatoririlor pe care beneficiarul de servicii sociale şi le asumă prin contract şi pe care le va îndeplini valorificându-şi maximal potenţialul psiho-fizic;

1.9. *standarde minimale de calitate* – ansamblul de cerinţe privind cadrul organizatoric şi material, resursele umane şi financiare în vederea atingerii nivelului de performanţă obligatoriu pentru toţi furnizorii de servicii sociale specializate, aprobate în condiţiile legii;

1.10. *modificări de drept ale contractului de acordare de servicii sociale* – modificările aduse contractelor de acordare de servicii sociale în mod independent de voinţa părţilor, în temeiul prevederilor unui act normativ;

1.11. *forţa majoră* – eveniment mai presus de controlul părţilor, care nu se datorează greşelii sau vinii acestora, care nu poate fi prevăzut în momentul încheierii contractului şi care face imposibilă executarea şi, respectiv, îndeplinirii acestuia;

1.12. *evaluarea iniţială* – activitatea de identificare/determinare a naturii cauzelor, a stării actuale de dezvoltare şi de integrare socială a beneficiarului de servicii sociale, precum şi a prognosticului acestora, efectuată prin utilizarea de metode şi tehnici specifice profesiilor sociale, de către furnizorul de servicii sociale. Scopurile evaluării sunt cunoaşterea şi identificarea măsurilor iniţiale pentru elaborarea planului iniţial de măsuri;

1.13. *planul individualizat de asistenţă şi îngrijire* – ansamblul de măsuri şi servicii adecvate şi individualizate potrivit nevoilor sociale identificate ca urmare a efectuării evaluării complexe, cuprinzând programarea serviciilor sociale, personalul responsabil şi procedurile de acordare a serviciilor sociale;

1.14. *evaluarea complexă* – activitatea de investigare şi analiză a stării actuale de dezvoltare şi de integrare socială a beneficiarului de servicii sociale, a cauzelor care au generat şi care întreţin situaţia de dificultate în care acesta se află, precum şi a prognosticului acestora, utilizându-se instrumente şi tehnici standardizate specifice domeniilor: asistenţă socială, psihologic, educaţional, medical, juridic.

ART. 2 - Obiectul contractului

2.1. Obiectul contractului îl constituie furnizarea de servicii sociale pentru beneficiar.

2.2. Serviciile sociale acordate de către furnizor, sunt următoarele:

d. găzduire, hrană, asistenţă: socială, medicală, juridică, religioasă;
e. recuperare medicală şi kinetoterapie,
f. îngrijire igienico – sanitară, igienizarea spaţiului de habitat;
g. asistenţă şi suport emoţional (consiliere) pentru asigurarea unei vieţi autonome şi active, mediere socială, educare în administrarea bugetului;
h. activităţi de petrecere a timpului liber, ergoterapie;
i. reabilitare şi inserţie socială.

ART.3 - Durata contractului

3.1. Prezentul contract intră în vigoare la data semnării cu menţinerea obligaţiilor asumate prin angajamentul de plată. Durata contractului este nelimitată, dar nu are caracter definitiv.

3.2. Beneficiarului i se poate asigura continuitatea serviciilor sociale atât timp cât se mențin condițiile care au generat situația de dificultate, numai cu respectarea Regulamentului Intern al instituției.

ART. 4 - Costurile serviciilor sociale acordate, contribuția beneficiarului de servicii sociale, modalități şi condiții de plată

4.1. Costul total pe lună al serviciilor sociale se stabileşte prin hotărârea Consiliului Local conform legislației în vigoare privind asistența socială a persoanelor vârstnice.

4.2. Costul mediu lunar de întreținere se stabileşte în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite şi are în vedere cheltuielile de întreținere, pentru hrană şi gospodărie, obiecte de inventar, echipament şi cazarmament, materiale sanitare şi altele asemenea, în conformitate cu clasificația bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale. Cheltuielile aferente plății salariilor pentru personalul angajat în cămine, plății medicamentelor şi cheltuielile de capital nu se iau în calcul la stabilirea costului mediu lunar de întreținere.

4.3. Reevaluarea nevoilor beneficiarilor se face obligatoriu la 6 luni şi/sau ori de câte ori este nevoie, în funcție de modificările semnificative ale stării fizice, psihice şi/sau situației sociale.

4.4. Contribuția beneficiarului de servicii sociale nu va influența acordarea serviciilor sociale şi nu va îngreuna posibilitatea acestuia de a ieşi din starea de dificultate.

4.5. În cazul în care veniturile proprii ale beneficiarului sunt mai mici decât costul mediu lunar de întreținere, completarea la plata contribuției de întreținere se datorează după caz, de către soțul/soția sau copiii acestuia, în baza angajamentului de plată, care este titlu executoriu şi a prezentului contract.

4.6. În angajamentul de plată se înscriu datele personale sau după caz, a persoanei care se obligă la plata contribuției de întreținere a solicitantului

4.7. În angajamentul de plată se menționează şi consimțământul persoanei care urmează să achite contribuția lunară de întreținere, în condițiile creşterii cuantumului acesteia ca urmare a majorării nivelului veniturilor şi a modificării costului mediu lunar de întreținere în cămin, precum şi obligația de a aduce la cunoştința conducerii căminului orice modificare intervenită în situația veniturilor personale sau ale familiei persoanei vârstnice îngrijite în cămin.

4.8. În cazul în care obligația de plată a contribuției de întreținere ar reveni mai multor persoane, ea poate fi plătită şi numai de către una dintre acestea care îşi asumă obligația de întreținere.

4.9. Plata contribuției de întreținere datorată de către beneficiar şi de celelalte persoane obligate prin lege (soț/soție, copii, curator) , se va face până la sfârşitul lunii în curs, direct la casieria unității, pe bază de factură şi chitanță fiscală .

ART.5 - Etapele procesului de acordare a serviciilor sociale:

5.1. implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenție şi în planul individualizat;

5.2. reevaluarea nevoilor situației beneficiarului se face la 6 luni şi ori de câte ori este nevoie;

5.3. după reevaluarea periodică se impune revizuirea planului individualizat de asistență şi îngrijire în vederea adaptării serviciilor sociale la nevoile beneficiarului.

ART.6 - Drepturile furnizorului de servicii sociale:

6.1. de a verifica veridicitatea informațiilor primite de la beneficiarul de servicii sociale;

6.2. de a sista acordarea serviciilor sociale către beneficiar în cazul în care constată că acesta i-a furnizat informații eronate;

6.3. de a utiliza, în condițiile legii, date denominalizate în scopul întocmirii de statistici pentru dezvoltarea serviciilor sociale.

6.4. de a utiliza, în condițiile legii date nominalizate având ca scop numai interesul personal al beneficiarului.

ART.7 - Obligațiile furnizorului de servicii sociale:

7.1. să respecte drepturile şi libertăţile fundamentale ale beneficiarului în acordarea serviciilor sociale, precum şi drepturile beneficiarului de servicii sociale, rezultate din prezentul contract;

7.2. să acorde servicii sociale prevăzute în planul individualizat de asistenţă şi îngrijire, cu respectarea acestuia şi a standardelor minimale de calitate a serviciilor sociale;

7.3. să fie receptiv şi să ţină cont de toate eforturile beneficiarului de servicii sociale în îndeplinirea obligaţiilor contractuale şi să considere că beneficiarul şi-a îndeplinit obligaţiile contractuale în măsura în care a depus toate eforturile;

7.4. să informeze beneficiarul de servicii sociale asupra:

j. conţinutului serviciilor sociale şi condiţiilor de acordare a acestora;
k. oportunităţii acordării altor servicii sociale;
l. oricărei modificări de drept a contractului;

7.5. să reevalueze, în funcţie de pierderea autonomiei, situaţia beneficiarului de servicii sociale, şi, după caz, să completeze şi/sau să revizuiască planul individualizat de asistenţă şi îngrijire exclusiv în interesul acestuia;

7.6. să respecte, conform legii, confidenţialitatea datelor şi informaţiilor referitoare la beneficiarul de servicii sociale;

7.7. să ia în considerare dorinţele şi recomandările obiective ale beneficiarului cu privire la acordarea serviciilor sociale, fără a leza drepturile şi interesele legitime ale celorlalţi beneficiari;

7.8. să utilizeze contribuţia beneficiarului de servicii sociale exclusiv pentru acoperirea cheltuielilor legate de acordarea serviciilor sociale;

7.9. de a informa serviciul public de asistenţă în a cărui rază teritorială locuieşte beneficiarul asupra nevoilor identificate şi serviciilor sociale propuse a fi acordate.

ART.8 -. Drepturile beneficiarului

8.1. În procesul de acordare a serviciilor sociale, furnizorul de servicii sociale va respecta drepturile şi libertăţile fundamentale ale beneficiarului de servicii sociale;

8.2. Beneficiarul are următoarele drepturi contractuale:

- de a primi servicii sociale prevăzute în planul individualizat de asistenţă şi îngrijire;
- de a i se asigura continuitatea serviciilor sociale atât timp cât se menţin condiţiile care au generat situaţia de dificultate cu respectarea R.O.I.;
- de a refuza, în condiţii obiective, primirea serviciilor sociale;
- de a fi informat, în timp util şi în termeni accesibili, asupra:
  - d.1drepturilor sociale, măsurilor legate de protecţia şi asupra situaţiilor de risc;
  - d.2 modificărilor intervenite în acordarea serviciilor sociale;
  - d.3 oportunităţii acordării altor servicii sociale;
  - d.4 Regulamentului de ordine internă;
- de a participa la evaluarea serviciilor sociale primite şi la luarea deciziilor privind intervenţia socială care i se aplică, putând alege variante de intervenţie, dacă ele există;
- dreptul de a avea acces la propriul dosar, în prezenţa asistentului social;
- de a-şi exprima nemulţumirea cu privire la acordarea serviciilor sociale.

ART 9. - Obligaţiile beneficiarului

9.1. să participe activ în procesul de furnizare a serviciilor sociale şi la reevaluarea şi revizuirea planului individualizat de asistenţă şi îngrijire;

9.2. să furnizeze informaţii corecte cu privire la identitatea şi situaţia familială, medicală, economică şi socială şi să permită furnizorului de servicii sociale verificarea veridicităţii acestora;

9.3. să respecte termenele şi clauzele stabilite în cadrul planului individualizat de asistenţă şi îngrijire;

9.4. să contribuie la plata costurilor serviciilor sociale primite cu o cotă-parte din costul total al serviciului/serviciilor acordat/acordate de furnizor, conform pct.3.3 şi 3.4;

9.5. să anunţe orice modificare intervenită în legătură cu situaţia sa personală pe parcursul acordării serviciilor sociale în conformitate cu angajamentul de plată;

9.6. să respecte regulamentul de ordine internă al furnizorului de servicii sociale (reguli de comportament, program, persoanele de contact, etc.).

9.7 să achite contravaloarea bunului deteriorat în termen de 15 zile lucrătoare.

ART 10. - Răspunderea contractuală:

10.1.Neachitarea serviciilor sociale de către persoanele prevăzute la pct.4.8. atrage posibilitatea rezilierii contractului în baza unei notificări transmise de furnizor, rezilierea operând de drept şi fără punere în întârziere după 45 de zile calendaristice de la data emiterii facturii.

10.2. Beneficiarul poate denunţa unilateral contractul de acordare a serviciilor sociale pe baza unei notificări prealabile adresată şi înregistrată la furnizor cu cel puţin 30 de zile calendaristice înainte de momentul în care denunţarea devine efectivă.

10.3. Denunţarea devine efectivă sub condiţia achitării tuturor obligaţiilor de plată.

ART.11. - Soluţionarea reclamaţiilor

11.1. Beneficiarul are dreptul de a formula verbal şi/sau în scris reclamaţii cu privire la acordarea serviciilor sociale.

11.2 Reclamaţiile pot fi adresate furnizorului de servicii sociale direct sau prin intermediul oricărei persoane din cadrul echipei de implementare a planului individualizat.

11.3. Conform procedurilor cuprinse în Regulamentul de Ordine Interioară, furnizorul de servicii sociale are obligaţia de a analiza conţinutul reclamaţiilor consultând atât beneficiarul de servicii sociale, cât şi specialiştii implicaţi în implementarea planului individualizat de asistenţă şi îngrijire şi de a formula răspuns în termen de maximum 10 zile de la primirea reclamaţiei.

11.4 Dacă beneficiarul de servicii sociale nu este mulţumit de soluţionarea reclamaţiei acesta se poate adresa în scris Comisiei de mediere socială de la nivelul judeţului Galaţi care va clarifica prin dialog divergenţele dintre părţi sau, după caz, instanţei de judecată competente.

ART.12. - Rezilierea contractului

12.1. Constituie motiv de reziliere a prezentului contract următoarele:

a) neplata contribuţiei de întreţinere în termen de 45 de zile de la emiterea facturii (reziliere unilaterală);

b) nerespectarea în mod repetat de către beneficiarul de servicii sociale a regulamentului de ordine interioară al furnizorului de servicii sociale;

c) încălcarea de către furnizorul de servicii sociale a prevederilor legale cu privire la servicii sociale, dacă este invocată de beneficiarul de servicii sociale;

d) retragerea autorizaţiei de funcţionare sau a acreditării furnizorului de servicii sociale;

e) limitarea domeniului de activitatea pentru care furnizorul de servicii sociale a fost acreditat, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiarul de servicii sociale;

f) schimbarea obiectului de activitatea al furnizorului de servicii sociale, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiarul de servicii sociale.

12.2 Rezilierea prezentului contract nu are nici un efect asupra obligaţiilor decurgând din executarea contractului până la momentul rezilierii acestuia.

ART.13.- Încetarea contractului

13.1. Constituie motiv de încetare a prezentului contract următoarele:

a) decesul beneficiarului;
b) denunţare unilaterală;
c) scopul contractului a fost atins;
d) forţa majoră, dacă este invocată.

ART.14. - Litigii

14.1. Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unor proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

14.2. Dacă după 15 zile de la începerea acestor proceduri neoficiale furnizorul de servicii sociale şi beneficiarul de servicii sociale nu reuşesc să rezolve în mod amiabil o divergenţă contractuală, fiecare poate solicita Comisiei de mediere socială mijlocirea soluționării divergenţelor sau se poate adresa instanţelor judecătoreşti competente.

14.3 Beneficiarul este de drept în întârziere, fără îndeplinirea vreunei formalități, cu toate efectele ce decurg la împlinirea termenului la care trebuia să își îndeplinească obligațiile contractuale.

ART.15.- Dispoziții finale

15.1. Părțile contractante au dreptul, pe durata îndeplinirii prezentului contract, de a conveni modificarea clauzelor acestuia prin act adițional numai în cazul apariției unor circumstanțe care lezează interesele legitime ale acestora şi care nu au putut fi prevăzute la data încheierii prezentului contract, sau în cazul modificării normelor de drept.

15.2. Dispozițiile prezentului contract se vor completa cu prevederile Codului Civil şi cu celelalte reglementări specifice în vigoare.

15.3. Limba care guvernează prezentul contract este limba română.

15.4. Prezentul contract va fi interpretat conform legilor din România.

15.5. Furnizorul de servicii sociale realizează monitorizarea şi evaluarea serviciilor sociale acordate.

Fac parte integrantă din prezentul contract pentru acordarea de servicii sociale:

Anexa 1 – Dosarul beneficiarului;
Anexa 2 – Angajamentul de plată;
Anexa 3 – Regulamentul de Ordine Interioară;
Anexa 4 – Planul individualizat de asistenţă şi îngrijire;
Anexa 5 – Fişa de reevaluare a serviciilor sociale acordate beneficiarului de servicii sociale;
Anexa 6 – Planul revizuit de asistenţă şi îngrijire.

Părțile contractante pot stabili de comun acord şi alte tipuri de anexe.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor sociale a fost încheiat la sediul furnizorului de servicii sociale în 2 (două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Data,

Beneficiarul de servicii sociale, *Reprezentant legal,*

....

.

....

(semnătura) (semnătura)

.

Furnizorul de servicii sociale,
Căminul pentru Persoane Vârstnice „Sf. Spiridon”Galați

Anexa11

FIŞĂ DE REEVALUARE COD AS. 11 CPV

DATA._____

FIŞĂ DE REEVALUARE

I. DATE PERSONALE ACTUALIZATE:

1. Beneficiar
NUME VÂRSTA ANI.
DOSAR PENSIE_____CUANTUM_____ DATA INTERNĂRII
GRAD DE DEPENDENŢĂ ANTERIOR _____

2. Reprezentant legal/Susţinător legal
NUME_____PRENUME_____VÂRSTA____
CALITATE – SOT/SOTIE □ FIU/FIICA □ RUDA □ ALTE PERSOANE □
TELEFON ACASA/SERVICI _____

3. Persoana de contact în situaţie de criză:
NUME____PRENUME____ADRESA____TELEFON ACASA/SERVICI _____

II. SITUAŢIA SOCIO-ECONOMICĂ

2. Persoana obligată la completarea contribuţiei de întreţinere

NUME__PRENUME__VENIT/MEMBRU DE FAMILIE ___PROCENT COMPLETARE__%

2. Reinserţia familială este posibilă: Da □ Nu □

3. Persoana care poate asigura reinserţia intrafamilială:
NUME_____PRENUME_____CALITATE _____

III. NEVOI STABILITE ANTERIOR / GRAD DE DEPENDENŢĂ:

_____

ÎNDEPLINIREA CONDIŢIILOR PENTRU ACORDAREA SERVICIILOR SOCIALE ÎN CĂMIN

NR.CRT	CONDIŢII PENTRU ACORDARE SERVICII SOCIALE	DA	NU
1	tulburarea liniştei		
2.	consum de alcool;		
3	distrugeri sau sustrageri de bunuri din avutul obştesc sau privat		
4	deţine spaţiu de locuit;		
5	deţine spaţiu de locuit şi se află în situaţia de a-şi putea asigura nevoile socio-medicale		
6	neplata contribuţiei de întreţinere		

e) REEVALUAREA GRADULUI DE DEPENDENȚĂ

CRITERII DE INCADRARE IN GRADE DE DEPENDENTA	Nu necesită supraveghere sau ajutor	Necesită supraveghere temporară şi/sau ajutor	Necesită supraveghere permanentă
EVALUAREA AUTONOMIEI	0	1	2
A.I. ACTIVITATI DE BAZA ALE VIETII DE ZI CU ZI			
1 . Igiena corporală (toaleta generala, intima, speciala).			
2. Imbrăcat / dezbrăcat (posibilitatea de a se Imbracă, dezbracă, de a avea un aspect îngrijit)			
3. Alimentație (posibilitatea de a se servi si hrăni singur)			
4. Igiena eliminărilor (continenta)			
5. Mobilizare (trecerea de la o poziție la alta - ridicat-așezat, așezat-culcat, etc. si mișcarea dintr-un sens in altul)			
6. Deplasare in interior (deplasarea in interiorul camerei in care trăiește persoana cu sau fără baston, cadru, scaun rulant, etc.)			
7. Deplasare in exterior (deplasarea in exteriorul locuinței, fără mijloace de transport)			
8. Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanta cu scopul de a alerta: telefon, alarma, sonerie, etc.)			
A.II ACTIVITATI INSTRUMENTALE			
1. Prepararea hranei (capacitatea de a-si prepară singur mâncarea)			
2. Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălat haine, spălat vase, etc.)			
3. Gestiune și administrare buget și bunuri (gestionează propriile bunuri, buget, știe să folosească banii, etc.)			
4. Efectuare cumpărături (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare unui trai decent)			
5. Respectare tratament medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale)			
6. Utilizare mijloace de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de transport			
7. Activități pentru timpul liber (persoana are activități — culturale, intelectuale, fizice, etc. — solitare sau în grup)			
B. EVALUARE STATUS SENZORIAL SI PSIHO-AFECTIV			
1 . Acuitate vizuala			
2. Acuitate auditiva			
3. Deficienta de vorbire			
4. Orientare			
5. Memorie			
6. Judecata			
7. Coerenta			
8. Comportament			
9. Tulburari afective (prezenta depresiei)			

GRAD DE DEPENDENTA

Gradul IA - persoanele care si-au pierdut autonomia mentala, corporala, locomotorie, socială și pentru care este necesara prezenta continua a personalului de îngrijire

Gradul IB - persoanele grabatare, lucide sau ale căror funcții mentale nu sunt in totalitate alterate si care necesita supraveghere si îngrijire medicala pentru marea majoritate a activităților vieții

curente, noapte si zi.(aceste persoane nu-si pot efectua singure activitățile de baza de zi cu zi)
Gradul 1C - persoanele cu tulburări mentale grave (demente) care si-au conservat, in totalitate sau in mod semnificativ, facultățile lor locomotorii, cat si unele gesturi cotidiene pe care le efectuează numai stimulați.

Necesita o supraveghere permanenta, îngrijiri destinate tulburărilor de comportament, cât şi îngrijiri regulate pentru unele din activitățile corporate.
Gradul IIA - persoanele care si-au conservat autonomia mentala si parțial autonomia locomotorie dar, care necesita ajutor zilnic pentru unele din activitățile de baza ale vieții de zi cu zi.
Gradul IIB - persoanele care nu se pot mobiliza singure din poziția culcat in picioare , dar care, odată ridicate, se pot deplasa în interiorul camerei de locuit şi necesita ajutor parțial pentru unele din activitățile de baza ale vieții de zi cu zi.
Gradul IIC - persoanele care nu au probleme locomotorii, dar care necesita sa fie ajutate pentru activitățile de igiena corporala, şi activitățile instrumentale
Gradul IIIA - persoanele care se deplasează singure in interiorul locuinței, se alimentează şi se îmbracă singure dar necesita un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi; în situația in care aceste persoane sunt găzduite într-un cămin pentru persoane vârstnice se considera independente
Gradul IIIB — persoanele care nu si-au pierdut autonomia si pot efectua singure activitățile vieții cotidiene.

VI.NEVOILE IDENTIFICATE / CONCLUZII:
(referiri la gradul de dependenta, unde necesita a fi îngrijit – domiciliu sau in instituție, posibilități reale de a realiza îngrijirile, persoanele care efectuează îngrijirile etc.)

PERSOANA EVALUATA SEMNATURA_____
FAMILIE: SOT/SOTIE SEMNATURA_____
FIU/FIICA SEMNATURA_____
REPREZENTANT LEGAL SEMNATURA_____

VII. ECHIPA DE EVALUARE:

Anexa12

FIŞĂ DE CONSILIERE COD AS. 12 CPV

BENEFICIAR:.....
Localizare: ..... Coleg/ă de cameră.....
Data ultimei întrevederi: ..... Tema discutată anterior.....
Grad de îndeplinire……..

1. TEMA PREZENTEI ÎNTREVEDERI:
.....
2.Identificarea şi realizarea scopurilor imediate:.....
3. Noi convenții stabilite cu beneficiarul:
a.....
b. .....
4. Detalierea şi realizarea scopurilor intermediare:.....
6. Necesitatea antrenării familiei/colegului de cameră/altor persoane în rezolvarea acestora: .....
7.Aprecierea climatului în care s-a desfăşurat discuția: .....
8. Sumarizare şi aprecierea realizării scopului final: .....

Data_____ Semnătura asistentului social _____

Anexa 13

REFERAT DE SITUAȚIE COD AS. 13 CPV

NR. ……..

Avizat Director,

REFERAT DE SITUAȚIE

Nume şi prenume:
Numele instituției:
Scurt istoric social:
Scopul întocmirii referatului: Informare asupra acțiunii şi a ipotezelor de lucru.
Acțiuni:
Concluzii: Recomandări:

Responsabil de caz,
As. Soc.

Anexa 14

FIŞĂ DE ÎNCHIDERE A CAZULUI COD AS.14 CPV

NUME SI PRENUME.....
DATA SI LOCUL NASTERII.....
DATA DESCHIDERII CAZULUI.....
MOTIVUL DESCHIDERII CAZULUI:

MODALITATEA DE INCHIDERE A CAZULUI:

3. Transfer la alta instituție
4. La cerere
5. Deces
6. Alta situație

DATA INCHIDERII CAZULUI.....

SITUATIA BENEFICIARULUI LA INCHIDERE:

Asistent social responsabil de caz,

Anexa 15

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA NEVOILOR PERSOANELOR VÂRSTNICE GAZDUITE ÎN CAMIN

Acest chestionar este anonim, iar scopul aplicării lui este de a cunoaşte nevoile persoanelor vârstnice găzduite în cămin .

Nu exista răspunsuri corecte sau greşite, de aceea va rugăm să răspundeți sincer şi deschis.
Sex: F/M :_____

Varsta:_____

Incercuiți răspunsurile pe care le doriți :

1. Este necesară montarea unei centrale telefonice ?

a) - DA

b) - NU

c) - NU ŞTIU

2. Este necesară existenței unui Centru de recuperare medicală şi fizioterapie ?

a) - DA

b) - NU

c) - NU ŞTIU

3. Este necesară reamenajarea Căminului cu ferestre termopan ?

a) - DA

b) - NU

c) - MĂ ABȚIN

4. Este necesară dotarea Căminului cu un cabinet stomatologic ?

a) - DA

b) - MĂ ABȚIN

5. Este necesară dotarea Serviciului Medical cu aparatură şi tehnică medicală la un standard minim necesar ?

a) - DA

b) - NU

c) - MĂ ABȚIN

6. Este necesară interconectarea departamentelor vitale ale instituției la un sistem informatic ?

a) - DA – ESTE UTIL

b) - NU – ESTE INUTIL

c) - MĂ ABȚIN

7. Este util dotarea Căminului cu un microbuz ?

a) - DA- este util

b) - MĂ ABȚIN

Anexa 16

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA SATISFACȚIEI FURNIZORULUI DE SERVICII MEDICALE

Acest chestionar este anonim, iar scopul aplicării lui este de a cunoaşte gradul de satisfacție furnizorului de servicii medico – sociale .

Nu exista răspunsuri corecte sau greşite, de aceea va rugăm să răspundeți sincer şi deschis.
Sex: F/M :_____

Varsta:_____

Faceți parte din personalul _____

1. Apreciați că dotarea tehnico – materială a instituției este **:**

Dotarea tehnico-materială	Scala de evaluare	Bifati cu X răspunsul ales
Foarte bună	5	
Bună	4	
Strictul necesar	3	
Slabă	2	
Foarte slabă	1	

2. Apreciați că relația dumneavoastră cu celalți colegii de departament este :

Relații intercolegiale	Scala de evaluare	Bifati cu X răspunsul ales
Foarte bune	5	
Bune	4	
Neutre	3	
Slabe	2	
Foarte slabe	1	

3.Apreciați că relațiile de colaborare dintre cel chestionat şi colegii din celelalte departamente sunt :

Relații intercolegiale interdepartamentale	Scala de evaluare	Bifati cu X răspunsul ales
Foarte bune	5	
Bune	4	
Neutre	3	
Slabe	2	
Foarte slabe	1	

4.Apreciați că relația dumneavoastră cu bătrânii găzduiți în cămin este :

Relația cu bătrânii găzduiți în cămin	Scala de evaluare	Bifati cu X răspunsul ales
Foarte bune	5	
Bune	4	
Neutre	3	
Slabe	2	
Foarte slabe	1	

5.Apreciați că eficacitatea departamentului din care faceți parte este :

Eficacitatea departamentului	Scala de evaluare	Bifati cu X răspunsul ales
Foarte bună	5	
Bună	4	
Potrivită	3	
Slabă	2	
Foarte slabă	1	

6.Calitatea muncii prestate în beneficiul bătrânilor este :

Calitatea serviciilor prestate	Scala de evaluare	Bifati cu X răspunsul ales
Foarte bună	5	
Bună	4	
Adecvată	3	
Slabă	2	
Foarte slabă	1	